

## PROBLEMAS ETICOS EN LA RACIONALIZACION ECONOMICA DE LA ATENCION DE SALUD\*

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 4, 1997/ 67-78

Hagen Kühn\*\*

### INTRODUCCION

Se afirma que los Sistemas de Salud de los países industrializados occidentales se encontrarían en una crisis económica. Prueba de esto son las constantes alzas de las cotizaciones y las modificaciones legales para impedir esta crisis.

- 1) Las instituciones son sometidas a presión para economizar y adoptar cualidades de empresas particulares competitivas. En Alemania rara vez se plantea el contenido moral de esta reforma.
- 2) Esta reforma compromete no tan sólo a los pacientes, sino que puede actualizar "efectos externos", actuando en forma persistentemente destructiva para los supuestos morales de la Atención en Salud, en los que, aunque criticables, confían tanto los ciudadanos sanos como los enfermos.
- 3) La siguiente ponencia trata de convencer a sus lectores que la dirección y regulación del Sector Salud por un Management empresarial y a través de incentivos monetarios puede conllevar consecuencias problemáticas aun no previsibles para los actuales actores. Los argumentos esgrimidos deben ser profundizados y precisados antes de buscar soluciones instrumentalizadas. Se aboga por hacer un alto en el camino de la monetarización de la Atención en Salud aunque sea desde el pensamiento, para considerar sus posibles consecuencias en los di-

ferentes niveles de la vida social. Consecuencias que poco han sido de la consideración del "Mainstream" de los expertos en política de salud.

Para caracterizar este punto de vista se plantean las siguientes tres tesis:

*Primera:* El principal problema ético de la medicina del futuro, así como se perfila actualmente en sus tendencias reales, no consistirá en las "dramáticas" decisiones de la medicina de urgencia, de la cual se preocupan por ahora los bioeticistas con gran eficiencia comunicacional. Consistirá más bien en las decisiones diarias tomadas en los hospitales, clínicas privadas y consultas médicas, en las derivaciones y hospitalizaciones, en las prescripciones, en las órdenes de métodos diagnósticos y terapéuticos caros y en los egresos.

*Segunda:* Lo interesante no son tanto las decisiones tomadas a solas por el individuo médico ("es medianoche, Doctor Schweitzer"), sino en primera instancia las predecisiones implícitas en las estructuras organizacionales con sus mecanismos de incentivos y sanciones financieras. A menudo y de manera imperceptible éstas sugieren soluciones, las anticipan o las imponen –la mayoría de las veces bajo el manto de circunstancias objetivas– y las privan de la reflexión crítica y de su diseño consciente.

---

\* Este texto sólo ha circulado como "discussion paper" en "Publication series of the research unit Public Health Policy", Berlín. Traducido por el Dr. Fernando Voigt, Viña del Mar, agosto de 1997.

\*\* Senior Research Fellow en el "Wissenschaftszentrum Berlin fuer Sozialforschung" (Instituto Científico Berlín para la Investigación de Asuntos Sociales); doctorado en el ramo de Economía y habilitado para la docencia en el ramo de Sociología. Su especialidad es la Economía y la Sociología del Estado Social y de los Sistemas de Salud.

*Tercera:* No es que falten los llamados a la moral o los catálogos de deberes éticos individuales. Pero sí faltan las ideas y acciones para asegurar el entorno institucional que posibilite decisiones que correspondan a las expectativas éticas, tanto de los pacientes individuales como de la opinión pública y sin que éstas requieran de heroísmos y altruismos que en la realidad diaria de los mortales no se pueden presuponer.

Es sorprendente que precisamente las dos disciplinas, que han ganado en peso a través de la "crisis del sistema de salud", ignoren esta problemática: La "economía de la salud", que domina hoy en día el lenguaje y la mentalidad de la política de salud, no presta atención a los contenidos éticos de los instrumentos monetaristas de incentivos, sanciones y regulación de la relación médico-paciente. Al contrario, la ética aplicada a la medicina parece no otorgarle importancia a la "economización" de los sistemas de salud. Resulta paradójico que mientras más fuerte y sistemática sea la regulación de las decisiones desde fuera de la relación médico-paciente a través de mecanismos de incentivos, control y sanciones, mientras más decisiones de moral implícita están incluidas en la organización y son sugeridas por ésta, o incluso adquieren carácter obligatorio, o sea mientras menos hay para decidir, más florece el quehacer académico de la Ética, cuyo contenido preferido es la decisión individual, mientras que los prejuicios desubjetivados y transformados en sistemas organizacionales y financieros no se tienen en cuenta.

## EXPECTATIVAS ETICAS EN LA MEDICINA

La especial necesidad de ayuda y protección que tienen los pacientes es el punto de partida común en los países industrializados occidentales, por grande que sea la multiplicidad de ideales éticos acerca de la relación médico-paciente. Fuera de los partidarios del liberalismo económico existe consenso por parte de todas las corrientes políticas relevantes, desde conservadores hasta la izquierda, que ésta debe ser organizada socialmente. La atención en salud debiera corresponder a todas las personas sin importar su status socio-económico. Los 40 millones de no asegurados de los EE.UU. o las listas de espera con características de clase en el sistema nacional de salud británico no conforman una excepción. Son sólo un testimonio de la debilidad de los ideales humani-

tarios cuando la solidaridad es pulverizada por los movimientos de la economía real y por la polarización social resultante.

Los pacientes, en su relación con los médicos, son personas que buscan ayuda. Así es como resulta una asimetría en esta relación. A los pacientes les faltan el conocimiento y la pericia profesional de los médicos. Son vulnerables aun en la situación de una consulta de rutina y por lo tanto representan el extremo más débil de esta relación. Desnudan sus cuerpos y hablan de las cosas más íntimas de su soma o su vida en general. Aun cuando se les permita tomar parte en las decisiones médicas (cuestión que rara vez ocurre y depende más bien del estrato), éstos confían plenamente en el juicio médico. De acuerdo a las circunstancias, son más o menos dependientes de las decisiones del médico —p. ej.: si presentan una enfermedad aguda o si padecen de un mal crónico que han aprendido a conocer y manejar, una parte de los pacientes están muy enfermos, o son muy jóvenes o muy ancianos, están muy angustiados, desinformados o son incompetentes—, esto los sitúa en una especial posición de desamparo. Todos los conceptos, cuya funcionalidad depende de que los pacientes puedan cumplir exitosamente el rol del "Cliente Crítico", ignoran tanto esta asimetría como el consecuente desamparo de los enfermos.

A partir de esta situación es que la ética médica hipocrática tradicional acentúa cuatro importantes expectativas fundamentales del individuo frente al médico. Parece ser que estas expectativas son aun hoy en día "Moral Positiva", es decir, son las expectativas de la población empíricamente dominantes. De aquí es que los médicos deben:

- ser leales al paciente de manera incondicional,
- actuar sólo en interés del paciente,
- poner el bienestar del paciente por sobre sus intereses económicos,
- guardar el secreto profesional.

El eticista Hans Jonas (1969) elaboró el aspecto principal: estas normas deben ser tomadas sólo como derechos de los pacientes individuales. Cuando un enfermo se dirige a un médico, confía que éste actúe como su agente y no como agente de una institución, de la sociedad, de la caja de seguro, en "favor de las generaciones futuras" o como puedan señalar las fórmulas legitimantes. Sólo cuenta la lealtad hacia él, el que busca ayuda, en favor de quien es la acción.

Más adelante retornaremos a hablar acerca del carácter de este derecho moral y de sus consecuencias para la política salubrista. Aquí se trata en primera instancia de la concretización normati-

va de la necesidad de protección implícita en la relación médico-paciente. Para mensurar las consecuentes obligaciones médicas, los autores americanos hacen una analogía con el concepto de agente fiduciario sacado de las ciencias jurídicas. Se trata de una persona que detenta el poder de actuar por orden de un cliente en cuestiones existencialmente relevantes, ya sean éstas abogados, agentes fiduciarios de bienes patrimoniales, prácticos de puertos o médicos. La correspondiente conducta de estos agentes fiduciarios está determinada por ley con carácter de extrema obligatoriedad: se espera de ellos que sean leales para con aquellos para los cuales actúan, que tomen decisiones en forma discreta e independiente y sólo en interés de éstos. ¿Qué aspecto asume esto en el contexto de los sistemas de salud?

La situación de los pacientes en la medicina de hoy está caracterizada por ser "objeto de trabajo" de una gigantesca rama económica de servicios a las personas. La relación médico-paciente, que partió siendo un encuentro entre dos personas que por lo general se conocían personalmente, se transformó en tan sólo unos pocos decenios en un "punto de intersección" entre un sistema de salud altamente especializado y el individuo que recurre a su servicio. Aquí se toman decisiones no sólo acerca de la salud y enfermedad de los individuos, sino también acerca del destino de inmensas inversiones, esto es, acerca del empleo de entre ocho (Gran Bretaña) y quince por ciento (EE.UU.) del producto geográfico bruto de los países industrializados ricos. La relación médico-paciente tiene también, por lo tanto, las características de proceso productivo, que, a su vez, sufre modificaciones a través de cambios de financiamiento y estructuras del sistema de salud. Así, los pacientes (involuntariamente) siempre tendrán el rol de objetos de los procesos de racionalización y burocratización.

Este problema se agudiza, ya que hoy en día la regulación de la relación médico-paciente (especialmente de las decisiones médicas) por medio de imperativos económicos es el eje de las nuevas estrategias en los sistemas de salud de los países industrializados occidentales. El ingreso de los médicos no representa más de un quinto del total de los gastos en bienes y servicios; sin embargo las decisiones tomadas en el marco de la relación médico-paciente influyen en el ochenta por ciento del volumen total de gastos. Bajo estas condiciones, ¿cómo se desarrollará en el futuro la Atención en Salud?

## TENDENCIAS HACIA UNA RACIONALIZACION ECONOMICA DE LA ATENCION EN SALUD

En los países industrializados encontramos diversos sistemas de la Atención en Salud, desde un sistema principalmente orientado por las leyes del mercado y la competencia en EE.UU., pasando por formas mixtas de coexistencia de seguro social de salud con proveedores privados, de utilidad pública y públicos, como en Alemania y Canadá, hasta Servicios Nacionales de Salud, como en Gran Bretaña y Suecia. La tendencias esbozadas más adelante reflejan a los diversos sistemas en diferentes grados y formas. De lo que se trata es de reconocer la *dirección* común que se esconde bajo la superficie institucional (4).

### **Tendencia 1: Desplazamiento del poder y traspaso del riesgo financiero a los proveedores**

Generalmente se produce un desplazamiento del poder entre proveedores y compradores en favor de los compradores. Los mercados de prestaciones sanitarias se transforman en mercados de compras. En el centro se encuentran dos mecanismos de cambio: la competencia económica y el financiamiento prospectivo (con presupuestos, pago per cápita y asociado a diagnóstico, precios fijos).

Las nuevas formas de financiamiento no corresponden a simples herramientas técnicas, sino que son una expresión del cambio de la distribución del poder y de las relaciones sociales. A través de éstas se traspasa el riesgo de la Atención desde las aseguradoras a los proveedores. Esta tendencia en todas partes se ha modificado desde el así llamado financiamiento retrospectivo, en que a posterior se pagan todas las prestaciones realizadas y se sustituyen los gastos, hacia el así llamado financiamiento prospectivo. Mientras las formas de financiamiento retrospectivo existentes hasta ahora conllevan incentivos económicos para el aumento cuantitativo y para una *superávit de Atención*, los pagos per cápita y asociados a diagnóstico conllevan el riesgo de una *Atención deficitaria*. Los precios o los presupuestos se fijan prospectivamente, el éxito económico de los prestadores depende de la medida en que se minimiza el empleo de los recursos y que los costos permanecen por debajo de éstos. El recurso más caro no es la técnica, sino el tiempo de trabajo del personal calificado, ya sea médico o paramédico.

El éxito económico de las instituciones sanitarias dependerá cada vez más del grado de influencia que los criterios empresariales ejerzan sobre la relación médico-paciente. Por ejemplo, un hospital puede tratar de mejorar la organización, el equipamiento, la calificación y la motivación del personal para mantener las prestaciones con al menos la misma calidad disminuyendo el empleo de recursos. Desde el punto de vista de la economía real esto sería mejor rentabilidad o eficiencia. Para esto son necesarios, entre otros, un Management adecuado, un concepto realista y medios para inversiones en recursos operativos, humanos y organizacionales, cuyos beneficios sólo se podrán recibir más tarde. A corto plazo y en condiciones de financiamiento prospectivo una institución orientada según los criterios de empresa singular tenderá a emplear poco personal, a disminuir las actividades diagnósticas y terapéuticas, a evitar los pacientes que presenten múltiples enfermedades y, por lo general, a egresar pacientes lo más temprano posible.

Lo nuevo en esto, mirado desde el punto de vista ético, es la inversión del efecto del incentivo económico con el riesgo consecuente de una Atención deficitaria. Entre los expertos existe consenso respecto de la existencia de este riesgo. En lo que no existe acuerdo en el debate internacional es acerca de la protección del paciente. Expresado de manera muy simple, aquella fracción de expertos, que ve a los pacientes como "clientes", considera asegurada de la mejor forma esta función correctiva a través de la competencia económica. Mientras otros expertos objetan, por un lado, que las prestaciones médicas son especialmente inadecuadas para ser comercializadas como mercancías y, por otra parte, que las consecuencias empíricas de la competencia contradicen los principios éticos imperantes en los países industrializados de occidente, los cuales rechazan la dependencia de la oportunidad de atención del ingreso o del status del asegurado.

Los diversos puntos de vista empleados en el análisis complican aún más la controversia. Aquellos conceptos en que la competencia económica está más limitada, se basan en análisis que no descansan en las analogías con otras ramas del quehacer económico, sino en un examen profundo del funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de los más desvalidos, p. ej.: los ancianos, los enfermos crónicos de los estratos más bajos, acerca de los cuales no existe ningún tipo de competencia. A partir de esta perspectiva es que se hacen, planteadas en forma resumida, las siguientes objeciones:

*Primero:* La competencia no se ejerce en función de los asegurados en general, sino sólo por asegurados deseables dependiendo de:

- el volumen del paquete de prestaciones asegurado,
- el riesgo financiero implícito en el "Diagnóstico",
- la capacidad de restricción y control que las aseguradoras tienen sobre los prestadores.

*Segundo:* La competencia económica orienta los recursos del sistema sanitario en tendencia hacia aquellos grupos que tienen la mayor capacidad de pago, las mejores condiciones de educación, la mejor capacidad de articulación y de solución de conflictos, las mejores redes sociales y a la vez los menores riesgos de enfermar.

*Tercero:* La competencia es un potenciador de tendencias: multiplica toda ventaja ya existente (dominio del mercado, dinero, poder, privilegios, etc.) y acentúa los errores de desarrollo actualmente presentes en el desarrollo de la Atención en Salud: técnica y medicamentos en vez de comunicación personal, nuevos métodos de diagnóstico al lado de terapias insuficientes, mucha medicina y demasiado pocos o malos cuidados.

*Cuarto:* La presión racionalizadora ejercida por la competencia económica desfavorece a los grupos humanos:

- con pronunciadas discapacidades, en su mayor parte crónicas,
- de edad avanzada y pertenecientes a los estratos bajos de la sociedad.

A menudo los conceptos competitivos no hacen mención de la "Estructura de Producción" de las prestaciones médicas. Por esto suele pasarse por alto el hecho de que la presión sobre los costos generada por la competencia tan sólo puede producir disminución real de éstos si las instituciones cuentan con un potencial de mejor distribución del trabajo y de mejor cooperación. Esto debe ponerse en duda en el caso de la consulta de un médico alemán afiliado a cajas aseguradoras. Por lo tanto sólo resta la limitación general de la cantidad de prestaciones, la redistribución de costos y la externalización.

En casi todos los países industrializados occidentales la parte financiera —ya sea el Estado en Gran Bretaña o Suecia, o las Aseguradoras en Canadá o Alemania, o las nuevas Managed Care Organizations en EE.UU.— utiliza su crecimiento de poder para influir directamente en la Atención de Salud, o sea para a través del financiamiento integrar y regular la Atención. Esto en Alemania aún ha tenido poca expresión.

Una integración de este tipo se lleva a cabo cuando las aseguradoras o el Estado (a través de sistemas financiados por impuestos) organizan la Atención en Salud por medio de contratos con los proveedores. A esto equivale el “modelo de compra” exigido por las asociaciones de aseguradoras públicas en Alemania o las “Independent Practice Organizations” en los EE.UU. Otras formas más avanzadas de integración de las funciones de financiamiento y de seguro con la función de Atención llevan hacia una sola organización, como son las “Health Maintenance Organizations” americanas. En caso extremo, una aseguradora (o la organización regional de un “National Health System” como en Suecia o Gran Bretaña”) mantiene instituciones propias, que por un período determinado y contra un pago fijo asumen la atención de un grupo definido de personas y asumen también el riesgo financiero.

## **Tendencia 2: Introducción de criterios empresariales en el trabajo médico**

En la medida que los riesgos económicos de la Atención recaen a través del financiamiento prospectivo en los prestadores de actividades en Salud, éstos se verán obligados a asumir su organización de acuerdo a criterios de racionalidad empresarial. Allí donde por cada ingreso hospitalario u orden de atención a especialista, por cada orden diagnóstica o terapéutica o alta hospitalaria haya dinero en juego y esto decida acerca del éxito o de la existencia económica, habrá que necesariamente cuantificar y estandarizar, calcular y controlar.

En forma esquemática y en pocas palabras mencionaremos los pasos de los cambios identificables en el trabajo en Salud para los cuales ya se reconocen algunos indicios en la mayoría de los países industrializados:

*Primero:* La medicina, en ciencia y práctica, está en diversos niveles sujeta a una *tendencia estandarizadora* a través de “estándares”, “guidelines”, “options”, algoritmos, etc. Las actividades médicas se encuentran normadas con mayor o menor obligatoriedad para determinados diagnósticos y procedimientos. Algunas nuevas formas de financiamiento, como el pago asociado a diagnóstico, aportan también a la estandarización.

*Segundo:* Esto va acompañado de una *infiltración informática* de la relación médico-paciente en dos sentidos: por un lado se producen y se preparan *datos médicos* (medidas e indicadores para input, process, outcome) y, por otro, se ha-

cen todos los esfuerzos para transparentar los *datos económicos* respecto de los diferentes médicos, pacientes, casos y procedimientos.

Se realizan planillas de costos por paciente y por médico. Por medio de este procedimiento se pueden identificar casos que producen pérdidas o aquellos que producen ganancias, se pueden diferenciar enfermedades de acuerdo a su “rentabilidad”, respecto de los médicos se sabe si han producido ganancias o pérdidas a su organización o aseguradora.

*Tercero:* Por medio de la asociación de los datos médicos y económicos se desarrolla una base informática para la *regulación empresarial* de las decisiones médicas en diagnóstico, terapia, cuidados, enlaces, egresos, etc.

## **Tendencia 3: Desarrollo de una gran cantidad de instrumentos para el Management empresarial de la relación médico-paciente.**

Desde hace algún tiempo y en forma creciente se utilizan determinadas formas de pago para influenciar las decisiones y conductas médicas por medio de *incentivos o sanciones monetarias* de acuerdo a metas de macro o microeconomía (acerca del problema ético ver más adelante).

En EE.UU. desde los años 80 especialmente en la Atención Médica del Managed Care se han desarrollado, probado y aplicado una serie de métodos de management, por medio de los cuales la relación médico-paciente o institución-paciente es *controlada y regulada de manera directa e inmediata*. He aquí un resumen sucinto:

En el centro de todas las concepciones de “Managed Care” (Kühn 1996) está el médico de atención primaria en calidad de “portero”. El es el comienzo obligatorio para todos los pacientes y decide acerca del uso de especialistas u otros servicios. Asume así una función de coordinación y a la vez controladora. Es así la figura clave, no sólo para los pacientes, sino también para el Management. Es en definitiva un controlador controlado. Este desarrollo significa para los pacientes de los grupos de ingresos bajo y medio la *pérdida de la capacidad de libre elección*. La posibilidad de visitar un médico fuera de la red institucional o sin orden del “portero” sólo es comprable por pago adicional, por lo tanto es mercancía.

Una Managed Care Organisation o una aseguradora puede emplear además un así llamado “Case Manager” (no médico) en aquellos casos que aparecen como especialmente costosos (p. ej.:

traumatismos encefalocraneos en accidentes, sospecha de posterior invalidez, cáncer, SIDA, etc.). Como se sabe esto es discutido y empleado a nivel de las aseguradoras alemanas como medio para asegurar la continuidad de la atención a través de actividades de cooperación y coordinación. Este concepto es a su vez también ambivalente. Si es que los "Case Managers" actúan como agentes de los pacientes, éstos serán salvados de las consecuencias de los errores de coordinación, a los cuales muy a menudo se ven sometidos en los Sistemas de Salud especializados y a la vez desintegrados, o también serán protegidos de los peligros muchas veces dolorosos de los tratamientos excesivos. Si en la totalidad de los casos el ahorro es mayor que los gastos, para el "Case Management" totales es evidente que habrá un efecto secundario de rentabilidad. Si para el accionar del Case Manager el cometido de ahorro no es expresamente declarado "secundario", tarde o temprano los intereses económicos de la institución que él representa entrarán en conflicto con los intereses de los pacientes. En ese momento los pacientes y sus familiares se preguntarán acerca del significado de la información entregada por el médico correspondiente sobre el tratamiento declarado "innecesario desde el punto de vista médico o inefectivo". ¿Será que sólo no tiene sentido o que es muy caro? (Blustein/Marmor 1994).

Los estudios americanos muestran con especial claridad que los éxitos alcanzados en la reducción de costos institucionales no se deben a una mayor rentabilidad o que esta relación es inmedible. Más bien se deben a las dos siguientes causas: por un lado, la evitación de pacientes con riesgo económico de enfermedad por encima del promedio —una estrategia inútil desde la perspectiva macroeconómica—, por otro, la reducción y manipulación de la utilización que hacen los pacientes del Sistema.

Cuán rentable puede ser la evitación de pacientes o asegurados con alto riesgo de enfermedad se desprende de la distribución enormemente desigual de los gastos para los diferentes grupos de pacientes: treinta por ciento de los gastos se concentran en un uno por ciento de los pacientes con los mayores costos en los EE.UU., el 5% de los pacientes más caros consumen el 58% del total del gasto, mientras que el 50% más "barato" responde por el 3% del gasto total (Evans 1996). Pequeñas ventajas relativas de la "estructuración por riesgo" son muy bien recompensadas.

Una inmensa variedad de instrumentos de control, regulación y disminución de demanda de

Atención han sido desarrollados y empleados. Se hace la diferencia entre sistemas de autorización, en que los procedimientos diagnósticos y operaciones caras requieren de aprobación previa, y las evaluaciones retrospectivas (Utilization Reviews).

En forma progresiva se obliga a los médicos a trabajar según estándares y guías. Pero sólo una minoría de los procedimientos utilizados hoy en día han sido evaluados en condiciones de realidad de la práctica diaria. Por esto es que la mayoría de las Managed Care Organisations y de las aseguradoras utilizan estándares propios elaborados según juicio de expertos. Según lo demostrado por la mayoría de los investigadores salubristas norteamericanos esta práctica es empíricamente tan perjudicial, que hubo que formar una instancia administrativa bien financiada en el Ministerio de Salud llamada Agency for Health Care Policy and Research. Su misión consiste en evaluar empíricamente los principales procedimientos médicos en relación a los resultados en Salud (outcomes), de acuerdo a *condiciones de práctica cotidiana* y también según *la valoración subjetiva* de los pacientes.

Otros mecanismos de regulación son aquellos dirigidos a los mismos pacientes o asegurados con el fin de educarlos en el autocuidado o en conductas racionales en la consulta médica y en el hospital.

#### **Tendencia 4: Integración de la relación médico-paciente en un contexto monetarizado y burocratizado**

Se distingue entre instrumentos de microrregulación de las decisiones médicas de tipo directo, como la entrega de directrices de tratamiento, e indirecto, como los incentivos monetarios en el pago.

Las ventajas de los instrumentos indirectos para el management resultan evidentes: Primero, se cree que son fácilmente legitimables e imponibles, ya que formalmente no influyen en la autonomía de decisión de los diferentes médicos. Estos permanecen libres en sus decisiones, sólo que cada opción tiene diferentes consecuencias para el ingreso personal. En segundo lugar se argumenta que las consideraciones de contenido permanecen en el nivel de la relación médico-paciente, o sea allí donde existe la comunicación; mientras que para que la regulación directa sea posible, una parte de la competencia médica (en el doble sentido de capacidad y poder) debe ser traspasada al nivel directivo. Las organizaciones de los médicos, en

tanto defienden la “Autonomía Médica”, prefieren la palanca monetaria.

Se ha visto empero que la regulación indirecta de tipo monetario es, a su vez, problemática en el caso de aquellas prestaciones que son complejas y que son sólo personalmente ejecutables. Estas pueden ser asimiladas y ejecutadas por los médicos legitimados (“gaming the system”), esto lleva a un refinamiento de los controles, a su vez asimilados, que son ejecutados por las aseguradoras o el Management de la organización, etc. El resultado no es deseable para nadie. Una parte creciente de los recursos se retira de las actividades relacionadas con los pacientes humanos y se destinan al Management y la administración. Además está el “efecto externo” que significa la gravitación de la vida diaria por la expectativa de una medicina burocratizada. El resumen de un estudio comparativo entre el National Health Service británico y el sistema americano a fines de los años 80 ya afirmaba: “Como resultado de la nueva política orientada por el mercado son los médicos americanos los que más procesos judiciales tienen, los más examinados y los que están más recargados con trabajo de escritorio de todos los médicos de los países industrializados occidentales.” (Lee/Etheredge 1989). En resumen, los incentivos monetarios para los médicos (a diferencia de las grandes instituciones) no representan una alternativa desburocratizada para un Management directo, y esto sin considerar los problemas éticos que producen (ver más adelante).

El Management directo de la Atención en Salud por parte de los compradores, como es usual en los Managed Care Organisation americanas (Kühn 1996) significa una *pérdida de la autonomía de los médicos* (Salmon 1994, Hafferty/McKinley 1993). Los procesos terapéuticos son controlados y regulados según criterios de administración de empresas sobre la base de “Medical Management Information Systems”. Las decisiones médicas están cada vez más ligadas al control y consentimiento de Managers, que trabajan para los empleadores o las aseguradoras. Confrontados a estos Management de clínicas, consultorios, HMOs, etc., los médicos pierden tendencialmente el monopolio de la legitimación y el control de su actividad.

La tendencia es, por lo tanto, a trasladar las decisiones costo-relevantes y estratégicas desde la relación individualizada médico-paciente a la organización. Gary Belkin (1994) informa: “Los enormes cambios en la medicina tocan la vida de

todos los americanos; muchos de ellos reaccionan sorprendidos cuando, al buscar ayuda, las decisiones respecto de su médico, hospital, tratamiento, diagnóstico, etc., son tomadas por extraños.”

Tanto los médicos como el personal no médico se transforman en “servidores de dos amos”; por un lado está (casi siempre) el *paciente* desprotegido con sus expectativas de lealtad y por el otro lado la *Organización* con su sistema de incentivos y sanciones.

*El aumento del gasto de administración* era lo claramente esperable. Esto significa el aumento de la proporción de

- personal administrativo,
- las actividades administrativas y de informes del personal que trabaja con pacientes y
- las exageradas exigencias puestas a los pacientes, se les llame a éstos clientes, beneficiarios, usuarios, etc.

### **Tendencia 5: Comercialización**

Por primera vez en la historia de la medicina y por medio de este desarrollo se promete transformar las prestaciones médicas en transparentes, calculables y regulables. Con esto cumplirían exactamente con los criterios que las hacen interesantes para las grandes inversiones de capital que hasta ahora estaban limitadas a los proveedores y a las aseguradoras. Esta forma de apropiación por las sociedades de accionistas fue extendida a todo el sistema de salud norteamericano a través de la formación de grandes redes, primero a nivel hospitalario, y después por la concentración vertical, es decir, la anexión de los demás niveles de atención. Así asumieron en definitiva la función tanto de proveedor como comprador, como en el caso de los “For-Profit-HMOs”, que son hoy en día el sistema que crece con mayor potencia dentro de la rama comercial en desarrollo “Sistema de Salud”. Casi el total del desarrollo desde 1985 es por cuenta de los For-Profit-HMOs. Estos consiguen su capital en el mercado de capitales, colocan acciones y cancelan dividendos. Esto se trata de que a nivel mundial la Salud compita como inversión de capitales con todas las posibilidades alternativas de inversión de capital privado. El Management tiene por tanto la función de introducir la lógica de acción resultante hasta en la relación médico-paciente. Las instituciones sin fines de lucro deben competir con éstas y por lo general terminan adaptándose.

## UNA MIRADA A LA ETICA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

A partir de estas tendencias a futuro nace la necesidad de repensar la 'economización' de la Salud bajo criterios éticos, ya que la responsabilidad moral, p. ej., en lo que respecta a la existencia de la relación fiduciaria entre médicos y pacientes, requiere de la posibilidad objetiva de transformarse en accionar concreto. Las estructuras de la Atención en Salud pueden y deben cambiar también el claro dominio profesional ejercido por los médicos, cuestión que dejó de ser un tabú. Los sujetos pueden cambiar, contra esto no está dirigida esta crítica. El procurar que los estándares éticos de la sociedad en período de transformaciones sean al menos 'reconstruidos' debiera ser tarea de una política democrática.

### Ejemplo: Incentivo monetario

Las ideas señaladas al comienzo acerca de las expectativas morales puestas en la medicina, su significado para los individuos enfermos y su calidad de 'Bien Público' deben ser confrontadas con las tendencias mencionadas. Se hará el intento siguiendo el ejemplo del contenido ético del incentivo monetario. El conflicto de intereses éticos, que éste conlleva, ha pasado en gran parte inadvertido: los incentivos monetarios mirados bajo la perspectiva ética significan un rechazo implícito a las expectativas de los enfermos acerca de que los médicos sean sus agentes leales. La forma de financiamiento sería completamente indiferente para la gestión de las prestaciones si las decisiones médicas fuesen tomadas sólo de acuerdo a las necesidades de los pacientes y según el estado de la ciencia médica (como lo espera todo paciente y lo prescribe la ética profesional). El perfil de las prestaciones permanecería en cualquier caso invariable independiente de que un médico reciba un sueldo fijo o un honorario asociado a cada prestación. La eficacia de los incentivos monetarios depende de la disposición de los médicos a vulnerar el mandamiento ético de lealtad con el paciente y a actuar, por el contrario, según sus intereses económicos (o los de su organización). El hecho de que el éxito del instrumento de regulación elegido en forma casi unánime por el 'Mainstream' de los expertos, de las directivas de los partidos políticos y de las asociaciones gremiales dependa exclusivamente de que los médicos sean guiados por sus intereses económicos ha pasado igualmente inadvertido para los eticistas

de la profesión en el debate político acerca de la Reforma de Salud. Se debe tener en cuenta que el parlamento elegido en forma democrática acuerda leyes cuyo éxito deseado depende de si las normas éticas claramente reconocidas y legitimadas —seguramente también por la mayoría de los parlamentarios de todos los partidos— no son respetadas. Los médicos deben seguir sus intereses económicos si no todo intento de regulación monetaria carecería de sentido.

En el renombrado 'New England Journal of Medicine' Woolhandler y Himmelstein (1995) reportan acerca de la estrategia de honorarios médicos de la U.S. Healthcare, uno de los principales consorcios Managed Care: "El per cápita básico alcanza justo a cubrir el gasto fijo. Un médico internista del HMO con 1.500 pacientes [quiere decir asegurados, H.K.] puede llevarse a casa 150.000 dólares al año en forma de bonos, o también casi nada. Aun cuando algunos de los bonos o de los descuentos apuntan a la calidad de la atención, la mayoría está destinada a premiar la reducción cuantitativa de prestaciones, las mejoras de la reputación pública del HMO y la obtención de nuevos miembros. Por ejemplo, por cada dólar que el médico haya 'causado' en gastos de servicios de cuidados intensivos, éste podrá ser castigado con descuentos que llegan hasta un monto de 50 cents."

Una consecuencia indiscutida de las nuevas formas de pago prospectivo consiste en la influencia de las decisiones en dirección a un consumo restringido de los recursos, que conlleva el riesgo de una Atención deficitaria y de selección según riesgo. Al que le interese el significado que esto pueda tener para la confianza en el bien público, que se plantee la pregunta de cómo reaccionaría si el médico le aconsejara de no efectuar un determinado y caro procedimiento diagnóstico o tratamiento quirúrgico. ¿De dónde sabremos el porqué de este consejo? ¿Será por el bien del paciente? ¿Dependerán el ingreso, la carrera o incluso la existencia económica de la o el profesional médico del tipo de decisión o consejo entregado? ¿Se enteró recién del agotamiento de una determinada partida presupuestaria? ¿Me fueron ocultadas otras posibilidades de tratamiento por ser éstas muy costosas? (5) Enfermedad significa estado de emergencia, ¿en qué deben confiar los pacientes?

Aquí se trata de un conflicto de intereses. Por un lado se encuentra la Moral fiduciaria y por el otro los intereses monetarios o la lealtad con la institución o con los accionistas. Sería un error considerar este conflicto de intereses sólo como

una forma de difícil elección o de ‘ponderación de bienes’ (Sass/Viehues 1991) situado frente a valores morales que compiten entre sí, como es en el caso de los problemas éticos que se producen en algunas oportunidades en la investigación o en la medicina de cuidados intensivos. El conflicto de intereses ocasionado por los incentivos económicos no es precisamente un ‘dilema’ que deba llevar a inevitables consecuencias negativas. El ‘Interés Primario’ individual y social es la lealtad con el enfermo. La utilización de la posibilidad económica es, mirada desde el punto de vista ético, claramente un ‘Interés Secundario’ (Thompson 1993). Por lo tanto entran en conflicto dos aspectos, uno de los cuales claramente tiene prioridad ética.

Lo nuevo en relación con las tendencias esbozadas no está precisamente en el conflicto entre los intereses económicos y la lealtad con los pacientes. Este ya fue tratado en forma muy acertada por G.B. Shaw en el preámbulo de su obra “The Doctor’s Dilemma” escrita en 1911. En ésta él les concede a los miembros de la orden médica, como también a todos los demás, un interés propio, en especial de tipo económico. De manera humorística plantea que todas las profesiones serían un “complot contra los legos”. También demuestra comprensión con el hecho de que el pago de honorarios de cada prestación médica pueda dar una tendencia a sus decisiones y distorsionar su capacidad de juicio. A continuación, sin embargo, arroja la siguiente interrogación:

“¿Qué otras personas poseen la valentía de hablar acerca de la neutralidad de su juicio, siendo que tienen un fuerte interés económico dirigido hacia un determinado lado? Nadie puede afirmar que los médicos sean personas más inmorales que los jueces; pero en un juez, cuyo ingreso y prestigio dependiera de si su sentencia fuera en favor del acusador o del acusado, del fiscal o del reo, se confiaría tan poco como en un general pagado por el enemigo. Que se me muestre un médico que tenga que tomar una decisión y se ponga a un lado de la balanza una gran suma como soborno y la garantía de hecho, que nunca se le podrá demostrar un error. Esta es una tentación que supera todo lo que un ser humano normal pueda soportar.” En cuanto al incentivo económico dice: “Si la experiencia de un estado normal hecha hoy en día en relación a asegurar el abastecimiento de pan dando dinero al panadero por amasar, se traslada a los cirujanos interesándolos económicamente de amputar tu pierna (pronto habrá

que decir: de no amputar, H.K.), esto basta para desesperarse con la humanidad política.”

¿Cómo se puede cumplir con el mandamiento de lealtad con el paciente? El paciente individual se ve sobreexigido. Ya en estado saludable la mayoría de las personas en situación de legos no son capaces de sostener un conflicto con profesionales, ¿cómo podría serlo en calidad de enfermos, que sufren dolores, que se encuentran angustiados o que se encuentran incluso en estado de inconciencia? La solución no se puede esperar de un paciente en calidad de “cliente crítico”. Más aún, procesos de regulación basados en estos tendrían que tener un efecto contrario a los más débiles de los pacientes, p. ej. los ancianos de estratos más bajos con enfermedades crónicas que en ningún caso pueden ejercer este rol.

### ¿Decadencia moral o conflicto de intereses?

La mayoría de los problemas morales, que se basan en intereses en conflicto, no tienen solución como problemas morales sino como problemas estructurales. Nuestro tema no es una conducta errada, sino estructuras, que acrecientan errores conductuales generando un ‘conflicto de intereses’. Por medio de este concepto se puede establecer el vínculo entre las exigencias éticas a cada profesional médico y las condiciones institucionales bajo las cuales actúan. Con esto se piensa en aquellas condiciones generales que merman esta lealtad o la capacidad de asumir juicios o tomar decisiones en forma independiente, que ponen al agente fiduciario en conflicto con las normas éticas (y a veces también legales) y que elevan el riesgo de vulneración de las normas. Aun no ha ocurrido una vulneración de las normas (se refiere a Alemania Federal, F.V.), pero el ‘conflicto de intereses’ conlleva un riesgo mayor de que esto ocurra. En el caso del médico estos conflictos pueden tener una doble naturaleza: o existen intereses personales o financieros que potencialmente desvían las decisiones desde el deber fiduciario, o son compromisos contradictorios (como los del empleado con la empresa o los del Management con los accionistas) que llevan a una lealtad dividida (Rodwin 1993). Para la Ética en la Política de Salud se concluye que debe asumir la posición de poder identificar estos conflictos de intereses como ‘riesgos’ y de poder evitarlos, o al menos, de poder disminuir el potencial de vulnerabilidad de las normas éticas aceptadas por la generalidad. Bajo las condiciones actuales de socialización en el sistema de salud es tarea de las autoridades

políticas en el marco de la democracia mantener en un mínimo los riesgos objetivos de conductas antiéticas y en ningún caso elevarlos (Rodwin 1993, Thompson 1993).

Por medio de llamados a la moral no se puede con los conflictos de intereses, pero sí organizar. Uno de los pocos funcionarios de las organizaciones alemanas de médicos afiliados a aseguradoras, que se han referido a este problema, afirmó: "Un médico no debe verse nunca obligado directamente a pensar en su ingreso cuando tiene al paciente por delante. Existen otras posibilidades para su motivación a recetar lo estrictamente imprescindible y así poder evitar un ingreso hospitalario." (6).

### Ética estructural

Si por último se vuelve a citar una voz norteamericana hay que agregar que la Salud bajo las condiciones de realidad alemanas —con retardo, con un trasfondo institucional y cultural distinto y bajo un aspecto más bien macroeconómico— se encuentra siendo integrada tendencialmente en el sistema económico. No nos está de ninguna manera permitido entender esto como una 'americanización':

"El rol de los profesionales médicos se ha visto modificado radicalmente, en la medida que son instruidos por Managers y que, por lo tanto, ya no pueden ser los abogados de los pacientes. En vez de esto deben ser los abogados de una organización aseguradora (of the group of 'covered lives' in the health plan). La meta de la Medicina no es más una población sana sin un balance sano.(...) Lo esencial está en la eficiencia, la maximización de la ganancia, la satisfacción del cliente, la capacidad de pago, la planificación, lo empresarial y la competencia. La ideología médica es reemplazada por la ideología del mercado. La confianza es reemplazada por el caveat emptor. En las metáforas del mercado no hay espacio para los pobres ni los no asegurados. En la medida que la Medicina se transforma en una empresa de capitales la ética médica es desplazada por la ética comercial. Las organizaciones sin fines de lucro tienden también a asumir los sistemas de valores de sus competidores comerciales. Un título en administración de empresas es al menos tan importante como el título de médico. Las instituciones públicas, que por la naturaleza de su misión no pueden ser competitivas, arriesgan llegar a su fin, tener estatus de

segunda clase o sencillamente de ser privatizadas." (Annas 1995).

La introducción de los paradigmas de la economía en la medicina no sólo generará más conflictos de intereses, sino que éstos asumirán otra calidad ya que son parte de sistemas. Para ilustrar lo que quiere decir la tendencia a la 'economización sistemática' de la medicina dos citas de informes de trabajo de los médicos en las Managed Care Organisations americanas. Uno de éstos escribe: "Los médicos empleados de una HMO se encuentran más que en otros tipos de consultorio en una encrucijada en que un brazo está representado por las necesidades de los pacientes y el otro por las obligaciones administrativas" (Bock 1988). Otro resume de la siguiente manera sus experiencias: "Creo que cada doctor en una consulta privada se imagina a veces al paciente como un monto de dólares premunido de síntomas. Pero también creo que se pueden sustraer regularmente a este tipo de pensamiento debido a su formación y moral. El peligro actual consiste en la *institucionalización del impulso de ganancia* por la empresa y, en consecuencia, *la separación de la responsabilidad personal* del médico por las acciones motivadas por este impulso" (Scovern 1988, subr. H.K.).

Ya fue demostrado que la independización de la economía transformada de medio en objetivo y de la tendencia a la rentabilidad como medida de valoración de las prestaciones desencadena procesos de burocratización en el pleno sentido de la palabra. Se cristaliza un ideal médico esbozado por Max Weber con los conceptos de "norma, objetivo, medio y 'despersonalización objetiva' a modo de racionalidad burocrática, correspondiente a tratar al cliente "sine ira et studio (...) independiente de la persona, y formalmente igual a 'toda persona' ". Esto corresponde a la definición del exacto contrario de la referencia al paciente y a las personas y significa —entre otros— en su tendencia la exclusión institucionalizada de la personalidad del paciente por la Medicina. La subjetividad y lo excepcional de cada paciente con su enfermedad se transforman en elementos amenazantes y perturbadores a ser eliminados por un Management empresarial y racional.

### EN RESUMEN

La calidad de las decisiones y la medida en que se satisface la confianza del enfermo dependerán a futuro cada vez menos de la moral indivi-

dual de los médicos, sino de las obligaciones conductuales objetivas que forman parte de la institución. Así, la moral de la relación médico-paciente pasa a ser parte de sistemas organizados políticamente. La ética médica académica ignorante de esto se encuentra en la senda de la legitimación y descarga de conciencia abandonando la expectativa de lealtad del individuo enfermo y sus familiares en el sistema regulado económicamente. Por el contrario, esto garantiza una gratificación monetaria. Ejemplo de esto son los contratos de los médicos directores de hospitales 'asociados a resultados' ('resultado' no quiere decir la curación del paciente). En la misma medida en que esto sucede los enfermos dejan de interactuar con sus agentes, los profesionales médicos, enfermeras y enfermeros, para hacerlo con máscaras de carácter de un sistema organizacional. El principio económico pasa de ser un instrumento de elevación de la eficiencia en objetivo, la cual a espaldas del paciente doblega al quehacer médico y al de cuidados de enfermería. Los conflictos dramáticos entre el respeto por la necesidad de protección y su aprovechamiento económico no son tampoco el problema principal. Este consiste más bien en la tendencia de los actores institucionales a vivenciar las exigencias impuestas como producto de la propia voluntad. Barry Schwartz en su ensayo "The costs of living" (1994) señala en forma certera que la economía de mercado ejerce a su vez un poder ideológico, que marca estos hábitos y nuestras valoraciones morales. Günter Anders va más allá: "La mayoría de las veces es esta marca tan imperceptible como lo es la presión del peso oceánico para los peces de aguas profundas. Mientras más imperceptible sea la marcación, más seguro es su éxito." (Anders 1983/1956).

La presión macroeconómica que pesa en las instituciones a través de las nuevas formas de financiamiento no tendrá consecuencias para los pacientes tan sólo si las formas de trabajo cooperativo y el alto nivel de integración interinstitucional contienen el potencial para otras estrategias que no sean las de tiempos de reducción presupuestaria. En comparación con otros países la medicina ambulatoria y hospitalaria alemanas tiene actualmente deficiencias muy importantes en el proceso de modernización. En los Estados Unidos las experiencias de los 'organized delivery systems' sin fines de lucro integrados con toda la red asistencial y con financiamiento prospectivo (Griffith 1996; Shortell et al. 1994) dan la sensación de que la reducción del gasto de recursos no tiene por qué ir acompañada de la destrucción de la confianza individual y social. Los médicos tra-

bajan con sistemas de relaciones cooperativas y sus sueldos les permiten concentrarse en la individualidad del paciente y tomar decisiones que no dependen de las diferentes oportunidades de ingreso. (Relman 1988).

Berlín, agosto de 1996

## REFERENCIAS

1. En efecto, las cotizaciones no suben por los costos, sino porque la base del financiamiento de las aseguradoras, el ingreso salarial (producto del monto de los sueldos y la ocupación) decrece en forma relativa. Esto quiere decir que a iguales costos el monto de las cotizaciones correspondería al de 1980, y esto aunque la parte que ocupan los sueldos en el producto social fuera tan importante como la de 1980. Esto es demostrado por Kühn (1995).
2. Bajo 'Moral' entiendo las necesidades de un estrato social o de un grupo profesional en el marco del conjunto de relaciones sociales, que están introyectadas, son objetivas e históricamente modificables y que poseen carácter valorativo, imperativo y motivacional. 'Ética' es la elaboración analítica o normativa de éstas (ver Kühn, 1987). El concepto tendencial de 'economización' no significa 'rentabilidad' en el sentido abstracto de la economía real, o sea un mayor beneficio con un igual gasto de recursos o del mismo beneficio con menor gasto de los mismos, sino los procesos de adaptación a los imperativos del sistema económico o el sometimiento a éstos.
3. A esta orientación empresarial apuestan los conceptos de reforma actualmente preferidos en los países occidentales independientemente de si las instituciones tienen carácter comercial o no.
4. Las siguientes tendencias resumen mi investigación de los sistemas de salud americano, británico y alemán sumado a publicaciones acerca de la reforma en salud en los países escandinavos.
5. Muchas de las Managed Care Organizations en los EE.UU. obligan a los médicos contratados a callar acerca de las opciones de tratamiento, cuando estas hayan sido catalogadas por el Management expresamente como no 'costoeicientes' (Kühn 1996).
6. El vicepresidente de la Asociación Federal de Médicos afiliados a Aseguradoras Schwoerer en el 'Süddeutsche Zeitung' del 15.1.1996.

## BIBLIOGRAFIA

- Anders, G. (1983-1956). *Die Antiquartheit des Menschen*, Bd. I: Über die Seele im Zeitalter der technischen Revolution, München, Beck.

- Annas, G.J. (1995). Reframing the debate on health care reform by replacing our metaphors, *New England Journal of Medicine*, 332, 744-47.
- Blustein, J./Marmor, T.R. (1994). Cutting Waste by Making Rules: Promises, Pitfalls, and Realistic Prospects, in: Marmor, T.R. (1994). *Understanding Health Care Reform*, New Haven & London, Yale University Press, 86-106.
- Bock, R.S. (1988). The pressure to keep prices high at a walk-in clinic, *New England Journal of Medicine*, 319, 787-89.
- Griffith, J.R. (1996). Managing the transition to integrated health care organisations, *Frontiers of health services management*, 12, 4-50.
- Hafferty, F.W./McKinley, J.B. (ed.), (1993). *Changing medical profession: an international perspective*, New York (Oxford University Press).
- Jonas, H. (1969). Philosophical reflections on experimenting with human subjects, *Daedalus*, 98, 219-247.
- Kühn, H. (1987). Die rationalisierte Ethik: Zur Moralisierung von Krise und Krankheit, *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 12: "Medizin, Moral & Markt", Hamburg (Argument Verlag), 8-30.
- Kühn, H. (1991). Rationierung im Gesundheitswesen - Politische Ökonomie einer internationalen Debatte, in: Rationierung der Medizin, *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 17 (Argument Sonderband 196) Berlin und Hamburg, S. 40-72.
- Kühn, H. (1993). *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*, Berlin (sigma).
- Kühn, H. (1995). GKV: Kosten-"Explosion"? Zur Makroökonomie der Gesundheitsreform, *WZB-Mitteilungen* 70, 11-15.
- Kühn, H. (1996). Managed Care in den USA - Die neue Medizin?, *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 26: "Gesundheit und Bürokratie", Hamburg, i.E.
- Lee, P.R./Etheredge, L. (1989). Clinical freedom: two lessons for the UK from US-Experience with privatization of health care, *Lancet*, 298, 263-67.
- Relman, A.S. (1988). Salaried physicians and economic incentives, *New England Journal of Medicine*, 319, 784-87.
- Rodwin, M.A. (1993). *Medicine, money and morals: physicians' conflicts of interest*, New York (Oxford Univ. Press).
- Salmon, J.W. (De.) (1994). *The corporate transformation of health care: perspectives and implications*, Amityville, N.Y. (Baywood).
- Sass, H.-M./Vieffhues, H. (Hg) (1991). *Güterabwägung in der Medizin*, Berlin (Springer).
- Schwartz, B. (1994). *The costs of living: how market freedom erodes the best things in life*, New York/London (W.W. Norton).
- Scovern, H. (1988). A physician's experiences in a for-profit staff-model HMO, *New England Journal of Medicine*, 319, N° 12, 787 and 790.
- Thompson, D.F. (1993). Understanding financial conflicts of interest, *New England Journal of Medicine*, 329, 8, 573-576.
- Woolhandler, S./Himmelstein, D.U. (1995). Extreme risk - the new corporate proposition for physicians, *New England Journal of Medicine*, 333, 1706-1708.