

La medicina y el mercado

Daniel Callahan

Al penetrar en la selva de la medicina y el mercado no nos encontramos sólo con una maraña de enredaderas y el espesor de la maleza, sino que nos movemos en un clima que oscila entre vientos fríos de índole técnica y ardientes ciclones ideológicos. El tema de la medicina y el mercado plantea interrogantes tan antiguos como complejos; por ejemplo, ¿qué lugar debe ocupar el interés propio en las comunidades humanas y, en particular, en la comunidad sanitaria? A su vez obliga a considerar una variedad de cuestiones técnicas muy complejas; por ejemplo, ¿en qué momento alcanza el copago de un fármaco un nivel en el cual ayuda a controlar el gasto sanitario pero resulta pernicioso para la salud de los pacientes a los cuales se impone?ⁱ

En mi experiencia, la mayor dificultad a la hora de hablar de la medicina y el mercado es que, para la mayoría de la gente, ambas opciones parecen excluyentes: el mercado o se adora o se odia; o se percibe como la panacea para unos sistemas de asistencia sanitaria en apuros, acosados por la burocracia estatal, o como un demonio mezquino y miserable concebido para destruir la idea de una sanidad justa. Permítanme que les exponga mis propias creencias: He llegado a la convicción de que el mejor sistema de salud es uno regulado o gestionado por el Estado que administra una asistencia sanitaria universal; sin embargo, se puede dar cabida a ciertas prácticas de mercado bien pensadas en el seno de dicha asistencia (u orientadas a ella) y en apoyo a la misma. Además, nos guste o no nos guste, es prácticamente imposible imaginar un plan de salud universal que tenga éxito políticamente en ningún país, y especialmente en el mío, si no es lo suficientemente astuto como para

incorporar ciertos ingredientes de mercado de modo que ayuden al sistema, o al menos que no lo perjudiquen.

En los sistemas de salud europeos y canadiense tenemos un experimento natural —por así llamarlo— con la sanidad universal que abarca varias décadas en la mayoría de los países y todo un siglo en unos cuantos. Este experimento presenta una gama de resultados y calidades que, por lo general, son superiores a los del sistema americano —donde se mezclan torpemente los sectores público y privado—. La experiencia europea demuestra también que, empleadas con cuidado, hay prácticas de mercado que pueden ponerse al servicio de una sanidad universal. Después de todo, parece que las opciones no son necesariamente excluyentes. El problema que tenemos en Estados Unidos reside en una especie de visión romántica del mercado, que se percibe como apto para cualquier actividad humana y aún más para la sanidad. Si existe un demonio de cuernos amenazantes, el Estado es quien lo personifica. Como dijo en una ocasión nuestro antiguo presidente, Thomas Jefferson, “el mejor gobierno es el que menos gobierna”.

En la diferencia entre Europa y Estados Unidos hay, además, un elemento peculiar. Cuando en el sistema de salud americano —donde abundan las prácticas de mercado— existen tensiones y dificultades económicas, se tiende a buscar la salida recurriendo a un papel más activo del Estado. En Europa, por el contrario, donde existe una gran dependencia del Estado, en las últimas dos décadas se han inclinado por buscar soluciones en el mercado.

A lo largo de esta charla me gustaría sacar algo en claro del debate en torno a la medicina y el mercado y ver también cómo podríamos plantear el tema para que dicho debate sea fructífero —algo que no creo que se dé en el presente, al menos en Estados Unidos—. El debate parece ser más discreto y contenido en Europa, pero a

medida que crezcan los gastos sanitarios y los sistemas de salud se vean sometidos a mayores presiones, serán más los partidarios de dar un mayor énfasis al mercado para solucionar el problema.

Podemos empezar por diferenciar entre tres enfoques distintos del mercado: uno centrado en el mercado y el papel del dinero en la medicina y la asistencia sanitaria; otro, en el mercado como instrumento neutral de eficacia en las políticas sanitarias, y otro más, en el mercado como bastión de la democracia en general y de la libertad de elección en la sanidad en particular. Aunque distingamos entre estos tres enfoques, lo cierto es que tienen varios puntos en común.

El comercialismo médico y el mercado

En el fondo del enfoque que se centra en el dinero y el comercialismo se halla la tensión entre los valores altruistas tradicionales de la medicina y la centralidad del interés propio como característica del pensamiento mercantil. Dos citas revelan claramente esta tensión.

Una de ellas es de Platón, en La república: “El médico, como tal, estudia sólo el interés del paciente, no el suyo propio... Todo lo que diga y haga tendrá por objetivo lo que sea bueno y adecuado para el sujeto para el cual practica su arte”.ⁱⁱ

El otro pasaje, más conocido, se encuentra en la obra de Adam Smith de 1776, La riqueza de las naciones: “No habremos de esperar nuestro alimento de la benevolencia del carnicero, el cervecero o el panadero, sino de la consideración de su propio interés... Sólo el mendigo depende principalmente de la benevolencia de sus conciudadanos”.ⁱⁱⁱ

A lo largo de los años, la influencia de los valores comerciales sobre la medicina —la pérdida del altruismo de Platón— ha preocupado a multitud de opiniones, y más recientemente a los redactores del “New England Journal of

Medicine” (p. ej., Arnold S. Relman, Marcia Angell y Jerome P. Kassirer), así como a profesores de medicina de gran prestigio, como Edmund D. Pellegrino.^{iv} A estas personas les preocupan los empresarios médicos (que abren clínicas lucrativas y hablan de los pacientes como “consumidores”), el interés mercenario de los fabricantes de fármacos e instrumentos y su dominio de la investigación y la práctica médica, los anuncios de medicamentos de venta directa y el modo en que la combinación de sus deudas y una remuneración excesivamente generosa lleva a muchos estudiantes a elegir especialidades médicas.

En la cadena de radio CBS de Nueva York, un oftalmólogo anuncia que ha realizado treinta mil operaciones con láser: un vivo ejemplo del tosco modelo comercial de la medicina. Tampoco resulta fácil olvidar la resistencia histórica de la Asociación Americana de Medicina —desde las postrimerías del siglo XIX y casi hasta finales del XX— a prácticas de grupo de cualquier tipo y, más adelante, su oposición, tan tenaz como efectiva, a la sanidad universal; es decir, a una “medicina socializada”. Esta es la forma en que la elite médica ha intentado mantener el control médico sobre la medicina, algo que temían les sería arrebatado por el Estado. Incluso un exceso de altruismo se concebía como amenaza.^v

Sin embargo, hay motivos para resistirse a una línea divisoria demasiado marcada entre comercialismo y altruismo. En *La República*, Platón también reconoció que, como alguien comentara, el médico es incluso “una especie de hombre de negocios”. Siempre que los médicos vendan sus servicios a los pacientes o los intercambien —como vienen haciendo desde siempre—, el comercialismo está presente —aunque puede cubrir todo el espectro desde la bondad hasta la codicia—. ^{vi} Podría haber una línea divisoria tenue entre el sentido del derecho a una remuneración por un trabajo duro y unos servicios valiosos y la avaricia pura y dura.

Por su parte, Adam Smith comprendió muy bien que el mercado precisa una cultura que lo apoye moralmente, que ponga freno a un egoísmo excesivo y que inculque las virtudes de la empatía y el interés por el bienestar de los demás. Sin embargo, no siempre ocurre así.

El problema del dinero y el comercialismo, obviamente, va más allá de los médicos y los pacientes. El sistema de salud americano en su conjunto es una combinación de hospitales y clínicas con y sin fines de lucro, aseguradoras, la industria farmacéutica y de instrumentos y aparatos médicos y empresas que venden una gran variedad de bienes y servicios auxiliares. El hecho es que se puede hacer dinero —y mucho— en la industria sanitaria, la cual sirve para muchos otros fines además de la salud: lucrativos, laborales, de prestigio cívico, como buenas inversiones en bolsa... Cuando un hospital local amenaza con cerrar, la ansiedad que genera la amenaza a la prestación sanitaria suele ser similar a la que provoca la posibilidad de perder puestos de trabajo. En la vida americana no hay muchas parcelas que no estén marcadas por un comercialismo agresivo, y la sanidad ocupa el mismo lugar que la banca de inversión; ambas como proveedoras de lo que es necesario para disfrutar de una vida (económica) buena.

El mercado y la eficiencia: el instrumentalismo

Como profesión, los economistas de la salud desempeñan un papel muy importante en las políticas sanitarias, al aplicar una disciplina que normalmente se orienta más a los medios que a los fines, más a la eficiencia que a la equidad, más a la investigación empírica que a la teoría especulativa. Sin embargo, estas no son más que generalizaciones; en la realidad, muchos economistas de la salud se interesan por la equidad.^{vii} La misma disciplina, no obstante, fuerza a los economistas a seguir una dirección que yo denomino instrumental. Me refiero a un rechazo del requisito

profesional a ponerse al servicio de lo más esencial de la cultura médica, determinar los fines éticos y políticos que corresponden a la asistencia sanitaria, y a juzgar la conducta personal de los médicos. Se plantean sus preguntas en los siguientes términos: Si uno (una nación, una comunidad) se ha decidido por un tipo concreto de sistema de salud, ¿cómo podría funcionar mejor —con qué equilibrio entre Estado y mercado— y qué formas de organización podrían ser más eficientes? ¿Cómo se podrían usar los incentivos financieros para influir el comportamiento de médicos y pacientes y alcanzar así los objetivos en cuanto a coste y calidad?

Aunque en Europa ha habido también un debate sobre el mercado, su carga ideológica y retórica ha sido mucho menor que en Estados Unidos. Atribuyo este hecho a que los economistas europeos especializados en la salud se centran en qué prácticas y tácticas de mercado concretas podrían ser más útiles para que los sistemas sanitarios universales funcionen mejor, bien para controlar el gasto, bien para mejorar la calidad. ¿Qué podría aportar la competencia de mercado? ¿En qué grado y qué tipo de control de precios será eficaz para controlar el gasto sin asfixiar la investigación y la innovación?

Me da la impresión de que, en Europa, los economistas de la salud están más dispuestos a defender la necesidad de una equidad, ya que no interpretan que con ello se salgan de su disciplina. Sería muy raro que un economista europeo especializado en asistencia sanitaria abogara a favor del desmantelamiento de un sistema estatal y su entrega al sector privado; sin embargo, en Estados Unidos hay más de uno que opina así. En ambos continentes, no obstante, lo fundamental en la economía es que se exigen pruebas empíricas sólidas que respalden las pretensiones de eficiencia, calidad y control del gasto.

La ideología y el mercado: elección y democracia

Ahora me ocuparé de ese grupo al que llamo “los políticos”. Este término caracteriza a un grupo político y normativo mixto que percibe el mercado no sólo como un modo fundamental de alcanzar la eficiencia, sino más como ingrediente esencial para la democracia y la libertad política. Sus máximos exponentes son los economistas Friedrich A. Hayek y Milton Friedman, aunque también abarca a un grupo influyente de instituciones e intelectuales conservadores (p. ej., “The Wall Street Journal”, el American Enterprise Institute, la Heritage Foundation) y, con aún mayor trascendencia, a nuestro último presidente George W. Bush y a la mayoría de los políticos republicanos.

Su postura fundamental —según la entiendo— consiste en que, en la organización de la asistencia sanitaria, el mercado y la libertad personal son más importantes que la equidad —aunque nunca lo dicen así de claro— y que el sector privado generará una sanidad mejor que la que podría ofrecer el Estado. Hay también quien añadiría que, si se le diera una oportunidad de verdad al mercado, al final llevaría a una cobertura universal efectiva. Así como el mercado libre es el motor económico de sociedades prósperas y productivas y aumenta el nivel de vida de todos, también puede ofrecer los cimientos de un buen sistema de salud. Se enfrentan principalmente a aquellos que creen que el Estado constituye un ingrediente esencial para un sistema de salud universal y el estribillo habitual de su retórica consiste en atacar al Estado: la ineficacia, la burocracia, etc. Dicha retórica, a diferencia del estilo sobrio de los economistas de la salud, puede ser muy acalorada, en ocasiones incluso más que la apasionada defensa pro-estatal.

Creo que, puesto que los políticos entienden que el mercado desempeña un papel fundamental en una buena sociedad —en cualquier buena sociedad—, su penumbra afectará a la cultura en su conjunto y a sus diversas fracciones políticas. Si

el mercado es bueno para las sociedades en general, no lo será menos para sus varias subsecciones, entre las que se encuentra la asistencia sanitaria. El mercado, por así decirlo, constituye un valor con una carga política y moral superior.

Valores entrelazados

Estos tres enfoques del mercado y la medicina, aunque distintos, también interactúan entre sí. Por lo general, aquellos preocupados por la comercialización de la medicina y la corrupción de sus ideales altruistas ven en los valores del mercado un virus letal. Un sistema de salud universal perfectamente integrado, con un responsable económico único y gestionado por el Estado es el único que puede enfrentarse a este virus; preferiblemente si en este sistema el médico es un empleado asalariado —como en el sistema Kaiser o en la sanidad pública británica—. Este sistema excluiría a los médicos empresarios, un uso excesivo de procedimientos tecnológicos bien remunerados pero que ofrecen beneficios marginales y un papel demasiado acentuado del visitador médico que intenta vender los fármacos más novedosos. Los pertenecientes a este grupo usan algún dato económico, pero por lo general confían en la experiencia y la información clínica.

No queda claro hasta qué punto los economistas de la salud —del tipo instrumental— influyen en el pensamiento de aquellos preocupados por la comercialización médica como un problema moral o de los interesados en un programa político. Según ciertos estudios realizados tras el fracaso del plan de salud de Clinton en 1984, las opiniones de los economistas en cuanto a la sanidad universal y el papel del mercado estaban muy divididas.^{viii} El prestigioso economista Víctor Fuchs concluyó que, debido a sus propias divisiones internas, los economistas no tuvieron mucha influencia en este debate.^{ix}

Aunque no haya intentado documentarme sobre la influencia de los economistas de la salud en el debate sobre el mercado, me da la impresión de que aquellos preocupados por la comercialización de la medicina tienen sus propias razones y fuentes académicas y no se valen de los economistas instrumentales para apoyar sus opiniones. Los políticos, por su parte, cuentan con su propio cuadro de economistas y los usan para respaldar sus posiciones. Los políticos no parecen muy interesados en el problema de una medicina comercializada. Efectivamente, siendo proclives a la medicina privatizada, no cabría esperar que les preocupara mucho el tema. De hecho, ni los economistas instrumentales ni los políticos prestan mucha atención al efecto de las prácticas de mercado en la cultura de la medicina o en el profesionalismo médico.

He citado estas tres formas de ver la relación entre medicina y mercado para ilustrar algo muy simple: que hay más de una manera de pensar en el mercado. Aunque los distintos enfoques tengan algunos puntos en común, el problema del mercado y la medicina se puede ver de modos muy diversos. Para aquellos preocupados por la cultura y el profesionalismo de la medicina, el enfoque de mercado tiene pocos atractivos y, por lo general, los repele. Aunque tienden a apoyar la sanidad universal, es posible que aceptaran un sistema mixto público y privado, siempre que satisfaga los valores tradicionales de la medicina.

Al otro lado del espectro, los políticos son, en líneas generales, los más ideológicos. No es que hayan examinado la medicina y la sanidad y hayan decidido que el enfoque de mercado es el mejor, sino que, al creer en el valor intrínseco del mercado, asumen que éste será valioso en la asistencia sanitaria. Para ellos el mercado implica el rechazo a la intervención del Estado, excepto en cuestiones mínimas —como una protección muy limitada—, la aceptación de una amplia variedad

de prácticas de mercado y, lo que resulta aún más importante, la adopción de la libertad y la elección como los valores morales más elevados. En virtud del último punto, no les preocupa en absoluto la posibilidad de que el mercado tenga fallos o que no exista una cobertura universal. La libertad es un valor que supera a todos los demás y el hecho de que puede generar sus propios problemas no es motivo para rechazarla —del mismo modo que un defensor de la democracia estaría poco inclinado a rechazarla debido al daño que pueda ocasionar, por grande que sea—.

Los instrumentalistas —al menos en principio— son ideológicamente neutrales y se dedican a recopilar datos sobre la efectividad de diversas formas y sistemas de salud. Reconozco que sus investigaciones me han influido mucho, como filósofo que le ha tomado gusto a los números y los datos y no solamente a argumentos morales de gran sofisticación.

El establecimiento de unos patrones que permitan juzgar los sistemas

Si, efectivamente, existen tres modos de pensar en el mercado y la medicina y de hablar de los mismos, ¿es posible que no haya una manera unificada de hacerlo? No necesariamente. Un estudio a fondo de la medicina y el mercado debería comprender cada uno de los tres terrenos antes descritos: el terreno de la cultura y el profesionalismo médicos, el de las pruebas empíricas y la teoría de mercado y el de la ideología y los valores. Dicho de otro modo: el sistema de salud que deberíamos buscar (1) conservaría y fomentaría los valores tradicionales de la medicina y el nivel más alto de profesionalismo, (2) se basaría, en términos económicos, en la teoría y las pruebas económicas más fiables y mejor fundadas, y (3) contaría con unos pilares éticos y morales que procuraran el equilibrio entre el bien individual y el bien colectivo en la asistencia sanitaria, así como entre el bienestar del sistema de salud y todos los

demás bienes colectivos necesarios para una sociedad decente —los cuales se tienen en cuenta con mucho menos frecuencia en el estudio de la sanidad—.

Variedades de sistemas de asistencia sanitaria

En los países desarrollados existen tres grandes modelos de asistencia sanitaria:

El sistema americano. El modelo americano se distingue por ser un sistema fragmentado de organización, administración y financiación —por lo que más bien podría considerarse como un modelo sin sistema—. Su organización comprende asistencia con pago por servicios, prácticas médicas agrupadas de muchas clases — con y sin ánimo de lucro—, hospitales y clínicas con y sin ánimo de lucro, servicios médicos y hospitales públicos. Se administra a nivel estatal —y dentro de este nivel, en los ámbitos municipales y de condados—, así como a nivel federal, y dentro del sector privado, a nivel corporativo. Su financiación procede de la Administración federal, las Administraciones estatales y el sector privado —para el seguro de los trabajadores—. Sin un sistema de asistencia universal, no se da ningún esfuerzo organizado por garantizar una asistencia sanitaria decente para todos; por tanto, existe un amplio número de no asegurados. La combinación de estos ingredientes garantiza prácticamente que Estados Unidos gaste más dinero en asistencia médica per capita y dedique una mayor proporción de su PNB a la misma que ningún otro país.

Los sistemas europeos y canadiense. Aunque existen grandes diferencias entre los sistemas de salud de Europa y Canadá, todos ellos tienen en común su dedicación a procurar una asistencia universal y equitativa, así como a la solidaridad como principio fundamental. No voy a intentar resumir la variedad de sistemas europeos y del sistema canadiense; no obstante, cabe señalar que existen tres grandes categorías.

La primera consiste en la diferencia entre los sistemas bismarckianos y beveridgianos. Los bismarckianos —denominados sistemas de seguridad social— se remontan a finales del siglo XIX y al régimen del canciller alemán Otto von Bismarck.^x Este sistema consta en cada país de varios planes de seguro privados muy regulados por el Gobierno. Los planes son financiados por contribuciones obligatorias de patronos y trabajadores y reforzados por la financiación pública de los gastos sanitarios de los ancianos y los desempleados. En estos sistemas suele haber algún porcentaje de asegurados privados. Francia, los Países Bajos, Suiza, Bélgica, Alemania e Israel cuentan con planes de seguridad social.

Los sistemas beveridgianos, por el contrario, están financiados por impuestos directos y están directamente gestionados en su conjunto por el Estado; por lo general, mediante una combinación de gestión central y regional. El seguro privado también se encuentra disponible para servicios extras y para evitar listas de espera. Entre los sistemas financiados por impuestos encontramos los del Reino Unido, Canadá, Dinamarca, Suecia, Italia y España.

Aunque todos los países, independientemente del sistema que sean, ofrecen o imponen una asistencia universal, frente al mercado muestran actitudes muy distintas. En nuestro libro *Medicine and the Market* diferenciábamos entre tres actitudes distintas: una postura que favorece decididamente al mercado (los Estados Unidos), una resistencia tenaz a las ideas de mercado (Canadá y el Reino Unido) y una actitud permisiva hacia el mismo (los Países Bajos y Suiza). En el caso del Reino Unido, sin embargo, los llamados “mercados internos” se han venido empleando para mejorar la eficiencia de la sanidad pública, aunque la resistencia general a las ideas de mercado se haya mantenido firme. En los Países Bajos, se ha incitado la competencia de mercado entre los proveedores de seguros y se ha impulsado una competencia

controlada en diversas secciones del sistema. Cabe destacar que dos países, Nueva Zelanda y la República Checa, adoptaron una amplia variedad de prácticas de mercado a principios de los noventa, para luego concluir que había sido un error y regresar a los sistemas bismarckianos.

Aunque las reacciones a las ideas de mercado sean muy diversas en Europa —en su mayoría centradas en sus posibilidades para aumentar la eficiencia y controlar el gasto, y no ideológicas como en Estados Unidos—, las prácticas de mercado se hallan por todas partes. Ningún sistema de salud del mundo está completamente gestionado por el Estado o por el mercado; en todos existe cierta mezcla. Al margen del tema que nos ocupa en este artículo, cabe señalar que India y China no ofrecen protección a cientos de millones de sus ciudadanos, por lo que podríamos decir que, en términos reales, son sistemas de mercado: si no se puede pagar la asistencia por adelantado, no se recibe y punto. Sin embargo, esta desatención parece más una cuestión de indiferencia frente al sufrimiento humano que una adopción explícita de la teoría de mercado.

Evaluación de las prácticas de mercado

Conviene dividir la influencia y el valor de las ideas de mercado en dos categorías, la táctica y la estratégica. La táctica comprende un grupo de prácticas de mercado discretas, de una variedad comúnmente empleada para promover los valores del mercado. Se supone que la categoría estratégica evalúa los sistemas de salud en su conjunto y la fuerza relativa de los sistemas orientados al mercado frente a los orientados al Estado, teniendo en cuenta que ambos cultivan prácticas de mercado en mayor o menor medida.

Prácticas de mercado

Las prácticas de mercado más comúnmente empleadas son seis:

La competencia. La competencia se halla en el epicentro de la teoría de mercado aplicada a la sanidad: la competencia entre los proveedores de asistencia que lleva a una mayor libertad de elección para los pacientes en cuanto al coste y la calidad de la asistencia. Aunque puede haber competencia —y la ha habido— en cuanto a la calidad de la asistencia y la provisión de diversos servicios, su uso más común en un contexto de mercado es el de la competencia de precios. En este sentido, podría haber competencia de precios entre médicos por pacientes —algo que no está generalizado en ninguna parte—, competencia entre aseguradores en el seno de sistemas de asistencia sanitaria universal —característica de los sistemas europeos de seguridad social y los aseguradores médicos americanos—, competencia entre proveedores —como las HMO americanas—, competencia entre hospitales y clínicas y competencia entre vendedores que ofrecen de todo, desde medicamentos y resonancias magnéticas hasta sábanas de hospital.

Participación en los costes y copagos. Son prácticas de mercado, aunque el público no los suela percibir como tales, y su uso es endémico en todos los sistemas de salud —sobre todo los copagos, que son la práctica de mercado más extendida—. Su objetivo radica en reducir el gasto de los proveedores sanitarios, transfiriéndolo en parte a los pacientes, y obligar a que éstos tengan en cuenta el gasto cuando opten por unos tratamientos médicos u otros. Los aseguradores médicos americanos y las HMO emplean franquicias y copagos, que también usan los sistemas europeos, aunque no los suelen aplicar a ancianos, pobres y otros grupos de pacientes.

Seguro médico privado. Se podrían decir muchas cosas de los seguros médicos privados, pero me voy a limitar a una de ellas. En los países en vías de desarrollo tienen una relevancia especial, ya que podrían robar talento, recursos y apoyo político de los programas públicos. Sin embargo, este no es un problema típico

de los países ricos. Canadá no permite un seguro médico privado paralelo para las dos secciones principales de su programa de asistencia sanitaria universal (llamado Medicare), la asistencia hospitalaria y médica. La mayoría de los países europeos permite estos seguros y en Canadá ha habido en años recientes un debate importante sobre el tema. La Corte Suprema de Québec declaró en 2005 que la prohibición de seguros privados paralelos para la asistencia hospitalaria y médica era inconstitucional para esa provincia; pero no queda claro cuándo seguirán su ejemplo otras provincias, si es que lo siguen. En la mayoría de los países con asistencia universal, el seguro privado se usa para el copago y para unos servicios mejores y más rápidos. En Canadá, el seguro privado se permite para los medicamentos, que no gozan de cobertura suficiente con Medicare.

Organizaciones con ánimo de lucro frente a sin ánimo de lucro; cuentas de ahorro médico; incentivos para facultativos.

He agrupado estas tres últimas prácticas de mercado ya que, como grupo, se encuentran principalmente —aunque no por completo— en Estados Unidos. Los hospitales y las clínicas con y sin ánimo de lucro existen en muchos países desarrollados, pero parece que se han estudiado fundamentalmente en Estados Unidos. Los incentivos financieros para los médicos por la calidad de su asistencia son un fenómeno esencialmente americano. Las cuentas de ahorro médico han sido implantadas por la administración Bush, aunque también se han empleado en Sudáfrica y Singapur —en el último, eliminadas en 2005—.

La influencia y el valor de las prácticas de mercado

Si estudiamos cada una de las seis prácticas citadas obtenemos resultados diversos. La efectividad de la competencia en el control del gasto no parece clara, ya que funciona en unos sitios, pero no en otros; su influencia en la calidad de la

asistencia es desigual y poco clara. Las franquicias y los copagos —especialmente los segundos— reducen la demanda asistencial, especialmente en los pacientes de ingresos bajos. Los países europeos suelen eximir a los pobres y los ancianos de los copagos, gracias a lo cual se reducen sus posibles riesgos para la salud, pero en general no parece que haya pruebas de peso (excepto en los países en vías de desarrollo) de que los copagos perjudiquen directamente la salud.

El seguro médico privado constituye un problema grave fundamentalmente en países en vías de desarrollo, donde puede alejar a los mejores médicos del sector público, reducir el interés de la escasa población acomodada en el sistema público y debilitar poco a poco dicho sistema. No ha resultado un problema serio en países con una asistencia universal; sin duda, en buena medida, porque no deja de ser una parte relativamente pequeña del conjunto del sistema. En cuanto a las tres últimas categorías, organizaciones con ánimo de lucro frente a sin ánimo de lucro, cuentas de ahorro médico e incentivos para facultativos, muestran pocas características destacables, excepto una. Las cuentas de ahorro médico resultan más atractivas para personas acomodadas, mientras que las otras dos prácticas de mercado probablemente no tengan un gran efecto, ni para bien ni para mal.

El cuadro resultante parece dejar claro que las prácticas de mercado más comunes ni resultan muy valiosas ni muy perjudiciales a la hora de controlar el gasto o mejorar la calidad; aunque podrían ser más útiles, también es cierto que, dependiendo del contexto, podrían empeorar más las cosas. La competencia se ha empleado con algún éxito limitado en los sistemas de salud europeos, pero en ninguna parte con unos resultados impresionantes. Los copagos son la única práctica de mercado que se usa de forma generalizada. Su omnipresencia parece sugerir un cierto consenso en su valía, al menos a la hora de controlar el gasto.

Estrategias de mercado

Al hablar de estrategia de mercado me refiero al lugar que ocupan las prácticas de mercado en los sistemas de salud en general y, en particular, a la combinación de prácticas de mercado y públicas en esos sistemas. La cuestión de fondo es: ¿Qué tipo de sistema de salud —con un sesgo hacia el mercado o hacia el Estado— procura una mejor asistencia sanitaria a sus ciudadanos? Son varios los criterios de evaluación que rigen: costes, resultados sanitarios, satisfacción de los pacientes y calidad. La conclusión a la que he llegado a partir de mis investigaciones en la materia es que se trata de una contienda en la que el resultado está cantado. En virtud de prácticamente todos los criterios significativos, los sistemas de salud universales de Europa son superiores y, dentro de éstos, los basados en una seguridad social son algo mejores que los financiados a través de impuestos.

No cabe duda de que en Estados Unidos encontramos una asistencia sanitaria magnífica y que los que tenemos la suerte de contar con un buen plan de salud —ofrecido por la empresa donde trabajamos— estamos igual de bien cuidados que en ninguna otra parte del mundo. Sin embargo, el coste de nuestra asistencia sanitaria es mucho mayor que en ningún otro país, un porcentaje importante de la población —en aumento— no cuenta con seguro médico y, según los criterios de calidad y los resultados, Estados Unidos se sitúa muy por debajo de la mayoría de los países europeos. El sistema canadiense no es tan bueno como los mejores sistemas europeos, debido a sus altos costes —tan sólo por detrás de Estados Unidos—, adolece de graves problemas en cuanto a listas de espera y ofrece una cobertura farmacéutica insuficiente. Aún así, es mejor que el de Estados Unidos.

Les ofreceré un breve resumen de los datos disponibles. Estados Unidos ocupa el primer puesto en la clasificación de mayor gasto sanitario per capita, y el décimo

tercero entre los países desarrollados en esperanza de vida; muchos otros países presentan mejores resultados en algunos indicadores de calidad; en Estados Unidos, un mayor porcentaje de la población cree que su sistema necesita una reforma integral comparado con Australia, Canadá, Nueva Zelanda y el Reino Unido; Estados Unidos ocupa el décimo séptimo lugar en cuanto a la buena opinión que sus ciudadanos tienen de su asistencia sanitaria.^{xi} Canadá y los países europeos son a menudo objeto de burlas por sus listas de espera —que constituyen obviamente un problema, aunque también existen en Estados Unidos—, pero no en todos los países europeos supone un problema grave y al menos cinco están libres de ellas.^{xii}

¿Cómo lo hacen?

La clave del éxito relativo de los sistemas europeos es bastante obvia: el Estado ejerce un papel muy importante en su control y regulación; los salarios de médicos y otros trabajadores sanitarios se suelen negociar con el Gobierno y son más bajos que en Estados Unidos; las tarifas de hospitales y clínicas se someten a negociaciones similares, se controla el número de camas de hospital y se suelen poner topes a los precios de los medicamentos —por lo que son bastante más baratos que en Estados Unidos—, y las innovaciones tecnológicas se aceptan con mayor lentitud, a menudo se racionan moderadamente en su uso y su distribución se regula con sumo cuidado. A menudo me he sorprendido por el menor entusiasmo que la mejora en la tecnología médica y sanitaria despierta en Europa, así como por el menor grado de atención que le dedican los medios.

El hecho de que ningún país europeo ni Canadá permitan publicidad directa al consumidor, como Estados Unidos, dice mucho de las diferentes actitudes nacionales hacia la industria farmacéutica y la de aparatos e instrumentos médicos. La asistencia sanitaria se considera una parte integral del Estado de bienestar de los países

Europeos, y una razón por la cual en Europa los resultados sanitarios son mejores radica en que sus sistemas de bienestar procuran una protección más amplia y potente, con unos índices de pobreza considerablemente menores —todo lo cual conduce a un buen nivel de salud pública—. Las actitudes americanas hacia una asistencia sanitaria y un bienestar procurados por el Estado han sido —y siguen siendo— muy diferentes: se siente hostilidad hacia el control y la regulación del Estado; se da mayor importancia a la elección que a la equidad; fascina el mercado y se rechaza el control de los precios. Esto no es más que el comienzo de una lista muy larga de diferencias.

Ahora conviene añadir una nota sobria. A pesar de sus éxitos pasados y los buenos resultados que siguen produciendo, los sistemas europeos han entrado en una época difícil. Con tasas altas de desempleo, la pérdida de competitividad económica, la resistencia a impuestos más altos y las presiones de la generación más joven para contar con más capacidad de elección y más asistencia privada, las prácticas de mercado les parecen ahora más atractivas. Cuando los países europeos se topan con problemas económicos en sus sistemas de salud, la única válvula de escape parece consistir en dar un mayor papel al mercado. Así fue a mediados de los noventa — durante otro bajón de la economía— y la historia parece repetirse de nuevo. Como ya observamos, la reacción es completamente opuesta a la de Estados Unidos, donde se suele esperar que el Estado resuelva la situación en caso de dificultad económica. En Estados Unidos llevamos años intentando precariamente subirnos a la montaña de la asistencia universal con las puntas de los dedos, mientras los europeos procuran no caerse.

La infinidad de la innovación tecnológica

Lo que encarece principalmente el gasto sanitario en Estados Unidos y en la mayoría de los países desarrollados son las nuevas tecnologías, así como el uso intensificado de otras más antiguas. Según los cálculos más fiables, entre el 40 y el 50% del aumento del gasto sanitario en Estados Unidos responde a estas tecnologías nuevas o más usadas.^{xiii} No contamos con datos comparables para Europa, aunque lo más probable es que sean parecidos o ligeramente menores. La innovación tecnológica procede de la investigación y, si bien los National Institutes of Health financian gran parte de la investigación básica que se lleva a cabo en Estados Unidos —y, por tanto, una buena parte de la realizada en todo el mundo—, el sector privado es quien se encarga de la transformación de dicha investigación en aplicaciones clínicas. Aunque no cabe duda de que hay satisfacción en dicho sector cuando se desarrollan medicamentos o aparatos beneficiosos para la salud, la fuerza motriz son los beneficios y la satisfacción de los accionistas.

La búsqueda del progreso tanto en la investigación como en la aplicación clínica es lo que denomino investigación “infinita”; se trata de la búsqueda de más progreso y más innovación sin límites y sin metas finales...; simplemente más progreso. Puesto que lo que lo impulsa es el mercado, sus valores son completamente relativistas: el mercado, si no se somete a un control, produce aquello que satisface las preferencias de los consumidores y lo que éstos compran. El mercado, como conjunto de técnicas impersonales orientadas a influir el comportamiento, no tiene ningún interés en la distribución equitativa de lo que desarrolla; ese problema atañe a otros: a los sistemas de salud. Las compañías farmacéuticas han puesto poco entusiasmo en la erradicación de las enfermedades tropicales por un único motivo: hay muchos posibles pacientes, pero pocas perspectivas de beneficio.

A la hora de considerar el mercado, se debe tener en cuenta su influencia en el incremento del gasto; su sometimiento a pocos valores distintos de la satisfacción de los accionistas; su predisposición a satisfacer preferencias individuales, sean cuales sean, y su atracción por la capacidad de elección como el valor moral supremo en la asistencia sanitaria.

En las raíces de la asistencia sanitaria europea y canadiense no se encuentra un derecho individual a la sanidad —aunque a veces se oye hablar en estos términos—, sino un principio de solidaridad comunal.^{xiv} Dicha noción parte de la interdependencia humana, del sufrimiento mutuo y la amenaza de la enfermedad y la muerte, así como del papel fundamental del Estado en el fomento de una asistencia sanitaria buena.

Debido a su dedicación histórica a la teoría y la práctica del mercado —no por completo, pero sí en muy buena medida— y a su individualismo, históricamente, Estados Unidos ha dificultado la promulgación de leyes para el establecimiento de una asistencia sanitaria universal y ha fomentado, a través del mercado, la satisfacción de fines personales en vez de comunitarios. La adopción del mercado ha frustrado, asimismo, cualquier intento serio simplemente de preguntar, como cuestión de interés público, ¿cuáles deberían ser los fines de un sistema médico y de salud apropiado, asequible y sostenible económicamente? Como conjunto de estrategias impersonales para manejar el comportamiento, el mercado, por naturaleza, no puede plantear semejantes preguntas, y mucho menos responderlas.

Hay una manera de suavizar la imagen tan desfavorable que he dado del mercado. Podemos volver a Adam Smith y recordar el protagonismo que otorgaba a las virtudes que inculcan los mercados —la autodisciplina, el autocontrol y la prudencia, entre otros—, y no cabe duda que estas virtudes sean útiles en la

asistencia sanitaria. También podemos recordar la labor de los economistas empíricos, que indica que, en las condiciones adecuadas, el mercado puede fomentar una competencia útil y una mayor eficiencia. Tampoco la capacidad de elección es mala de por sí. La mayoría de la gente desea poder elegir a su médico, participar en cierto modo en el tipo de asistencia sanitaria que reciben, y los médicos también desean una capacidad considerable de elección en cuanto al tratamiento médico de sus pacientes. Por tanto, no parece que esté fuera de lugar plantearnos ámbitos donde el mercado podría asumir un papel, aunque es posible que los sistemas de salud universales encarnen los mismos valores, incluso de formas distintas.

No obstante, debido a su incapacidad para incorporar una visión sustantiva del bien humano —al margen de la capacidad de elección y la preferencia personal—, o de la salud, en mi opinión, cualquier uso del mercado debe subordinarse a los sistemas de salud universales. Se puede poner a su servicio cuando sea posible, pero nunca sacrificando el principio de solidaridad que caracteriza su mejor práctica. Si no se somete a un control y una regulación, o se le permite adquirir un papel dominante, el mercado puede ser —y a menudo ha sido— el enemigo de la solidaridad, de nuestra interdependencia humana y, por tanto, de forma indirecta, también de la salud.

No parece cuestionarse que, para las sociedades en su conjunto, el mercado fomente la prosperidad, promueva la independencia y la iniciativa empresarial y pueda servir de refuerzo para la democracia. Sin embargo, sería una falacia concluir que, puesto que el mercado es una fuerza beneficiosa para el bien social, es igualmente válido para organizar y gestionar los sistemas de salud —a esta postura la llamo “la falacia del mercado”—; y subrayo el término “sistemas” para distinguirlo del uso de prácticas de mercado individuales en vez de una presencia dominante. En ningún

país del mundo queda demostrado que se pueda llegar a semejante conclusión sobre el valor del mercado para la totalidad de un sistema.

El mercado favorece a individuos fuertes e informados y tolera el fracaso de emprendedores y empresas —y el éxito de otros— como manifestación de la fuerza de la competencia. Sin embargo, el mundo de los enfermos se caracteriza por la pérdida de la fuerza y la independencia, por una merma de la autogestión, por una dependencia dolorosa de los demás. En ninguna parte del mundo se ha distinguido el mercado por la provisión de bienes sociales y económicos que manejen correctamente semejante combinación de vulnerabilidades humanas; ni hay motivos para pensar que esto fuera posible.
