

La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica

Julian Tudor Hart

Fundación Sindical de Estudios- CCOO de Madrid
EDICIONES GPS-MADRID

LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LA SANIDAD. UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Primera edición castellana: febrero de 2009

Promueve: Fundación Sindical de Estudios y Comisiones Obreras de Madrid

Coordina: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Autor: Julian Tudor Hart

Traducción: Diego Reverte Cejudo. Médico. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Edita:

Ediciones GPS Madrid
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
Tel. + 34 91 527 02 29
info@edicionesgps.es
www.edicionesgps.es

ISBN: 978-84-9721-370-7

Depósito Legal: M-10566-2009

Realización



Oficina comercial: C/ Sebastián Herrera 14. 28012 Madrid
Tfno: + 34 91 527 54 98
Fax: + 34 91 536 53 33
unigraficas@unigraficas.es
www.unigraficas.es

Sumario

Agradecimientos	7
Prólogo a esta edición	9
Prefacio	13
Capítulo 1. EL Servicio Nacional de Salud (NHS) como sistema creativo	25
Capítulo 2. ¿Qué crea el NHS?	91
Capítulo 3. ¿Cómo se crea el NHS?	139
Capítulo 4. La propiedad del sistema sanitario	225
Capítulo 5. La solidaridad	279
Capítulo 6. El NHS como vanguardia de la sociedad	317

A Mary, por todo

Agradecimientos

Mi esposa, Mary, dedicó una gran parte de nuestra vida a este libro y a las muchas partes que lo fueron componiendo a lo largo de nuestros cuarenta y tres años de vida en común, de los cuales ocho estuvieron dedicados a su realización mediante una larga y, a menudo, incómoda gestación. No se lo podré agradecer lo bastante.

Tony Beddow, John Bunker, Iain Chalmers, Anna Donald, John Ivor Lewis, Colin Leys y Graham Watt se tomaron la inmensa molestia y tiempo que, a duras penas, pudieron robar a sus ocupaciones para darme consejos de suma utilidad sobre los primeros borradores y el apoyo crítico sin el que, sin duda alguna, hubiese abandonado este proyecto tan excesivamente ambicioso e irrealizable.

También quiero mostrar mi agradecimiento a los siguientes colegas que aportaron comentarios críticos e hicieron lo mejor que pudieron para hacerme desarrollar la argumentación de una manera clara y mantenerla en sus límites: Hixinio Beiras, Ros Bryar, June Clark, Franco Delzotti, Jane Elliott, Ron Frankenberg, Trisha Greenhalgh, Ajey Hardeekar, John Horder, Ben Hart, Adrian Hastings, Andrew Herxeimer, Mauri Johanssen, Pat Lewis, Irvine Loudon, Theo Macdonald, John Meisel, Ian Millington, Ann Oakley, Gianluigi Passerini, Malcolm Rigler, John Robson, Ron Singer, Tomi Spenser, Steve Tomlinson y Morton Warner. Ninguno de ellos tiene responsabilidad alguna en este borrador final.

Por último, tengo que dar las gracias a los bibliotecarios de muchos lugares por su inagotable paciencia y cortesía, y a mi editor, Philip de Bary por no haber cambiado prácticamente en nada mi borrador final.

Prólogo a esta edición

Vicenç Navarro
*Catedrático de Políticas Públicas
de la Universidad Pompeu Fabra.*

Este libro es de una enorme relevancia para el público español. Escrito por el Dr. Julián Tudor Hart, un médico generalista en atención primaria (*general practitioner*) del Servicio Nacional de Salud (National Health Services, NHS) en Gran Bretaña, analiza la evolución del NHS y su situación actual (con algunas reflexiones sobre su futuro) desde el punto de vista del médico que está sumergido en la práctica clínica diaria. Su visión es de una gran importancia puesto que las políticas sanitarias definidas en las cámaras de los Parlamentos se traducen en cambios que afectan –como bien muestra el Dr. Julián Tudor Hart- la práctica clínica de una manera clara, incidiendo para bien o para mal, en tal práctica clínica. Y no hay nadie mejor para analizar esta realidad en Gran Bretaña que el Dr. Julian Tudor Hart conocido internacionalmente, (y con razón) como “el general practitoner de Gran Bretaña”. Él representa el espíritu de dedicación al paciente y al compromiso con el NHS que se ha convertido en la marca de fábrica del buen médico generalista. Persona de clara orientación y motivación progresista, de servicio a los demás, representa el modelo que los estudiantes de las áreas médicas debieran emular. Conociendo al Dr. Tudor Hart desde hace muchos años, habiendo establecido una sólida amistad con él, le conozco bien y se que se encontraría incómodo con esta referencia a él como modelo para otros. Su modestia es bien conocida. Pero, esta modestia no puede ni debe ocultar la enorme

tarea que él ha realizado en su trabajo, inspirando a miles y miles de profesionales que, al escoger medicina como profesión, ofrecen su servicio a los sectores más vulnerables de nuestra población que son los pacientes. No hay, por lo tanto mejor profesional para analizar el NHS desde su entrañas que el Dr. Tudor Hart. Su larga historia de servicio y compromiso así lo atestiguan.

Pero el mérito del libro para una audiencia española va incluso más allá de la referencia y experiencia personal de médico más representativo de la atención primaria de Gran Bretaña. El hecho de que este libro sea de especial relevancia en España se debe a que el NHS sea un sistema parecido en muchos aspectos al Sistema Nacional de Salud en España. Ambos están financiados públicamente, con fondos generales del Estado. En este aspecto, el sistema sanitario británico y el español representan un modelo de financiación y administración pública distinto a los Seguros Nacionales de Salud como son el caso francés o alemán. De ahí que las semejanzas entre el sistema británico y el sistema español sean mayores que las semejanzas, por ejemplo, entre el sistema español y el sistema francés.

Ahora bien, semejanza no quiere decir igualdad. Es decir, que los dos sistemas sanitarios, el británico y el español no son iguales. Hay diferencias muy marcadas. Por ejemplo, la mayoría de los médicos generalistas de Gran Bretaña no son ni funcionarios ni empleados de NHS. Son personal contratado por la Administración Pública Sanitaria. No así en el caso español, donde el sistema de contratación laboral es distinto, con una dinámica de relaciones laborales distintas a la británica. Pero a pesar de estas diferencias hay elementos comunes. El bajo gasto público, por ejemplo, ha creado el escaso tiempo de visita del médico, cuya corrección se ha convertido en una demanda de la profesión y de la población. La discusión de Julian Tudor Hart sobre este tema es fascinante y señala los elementos comunes que la práctica clínica se enfrenta en ambos sistemas.

Pero donde las semejanzas son mayores es en que ambos sistemas están sujetos a las amenazas de las políticas liberales propuestas por los partidos políticos conservadores y liberales y que incluyen la privatiza-

ción de la financiación y de la administración de los sistemas públicos sanitarios. Y es ahí donde el libro de Julian Tudor Hart adquiere incluso mayor relevancia para un público español puesto que el NHS en Gran Bretaña ha sufrido tales reformas liberales en mayor intensidad y extensión que en España. El libro muestra lo que ocurre en un Servicio Nacional de Salud cuando se introducen reformas sanitarias liberales. El impacto de tales reformas en la práctica clínica está bien documentado en este libro que debiera ser lectura obligatoria en nuestro país. La experiencia detallada en el libro debería hacer reflexionar a aquellos que incluso desde sensibilidades progresistas se sienten atraídos por el mensaje liberal lleno de expresiones como libertad de mercado que ocultan intereses corporativos, económicos y financieros. La evidencia de las consecuencias negativas de este liberalismo se presenta con detalle en esta obra y corresponde a los promotores del liberalismo aportar datos que falsifiquen el diagnóstico hecho por este libro. Ni podrán hacerlo puesto que no existen. La evidencia de que el liberalismo daña la calidad de la práctica médica y la salud de la población es enorme. Pero la mayoría de tal evidencia había provenido hasta ahora de la literatura científica estadounidense. Pero este libro documenta el daño del liberalismo en un servicio nacional de salud como el nuestro. De ahí su enorme relevancia. Es de agradecer que la Asociación en Defensa de la Sanidad Pública haya traducido y distribuido este libro en nuestro país.

Prefacio

"Creo que es una triste realidad que esta gran Ley, a la que han contribuido todos los partidos y que afecta a todas las capas de la sociedad, tenga un nacimiento tan tormentoso. Yo debería haber pensado y todos los políticos deberían haber deseado que los médicos les estamos abriendo un camino completamente nuevo, que tenemos que enorgullecernos de que, a pesar de que, a pesar de nuestras preocupaciones financieras y económicas, aún somos capaces de... llevar a cabo la cosa más civilizada del mundo: poner el bienestar de los enfermos por encima de cualquier otra consideración."

Aneurin Bevan, Ministro de Sanidad, hablando en el debate de la Cámara de los Comunes sobre el Servicio Nacional de Salud (NHS), febrero de 1948.

"Se está planeando una entrega masiva del NHS a la gestión del sector privado en toda Inglaterra como consecuencia del programa del Gobierno de obtener 2.500 millones de libras del sector independiente. Documentos confidenciales remitidos a potenciales inversores... demuestran que muchos de los contratos de cinco años, en lugar de suplementar la prestación de servicios por el NHS, implican 'la entrega de partes importantes de las actividades' y el traslado de plantillas fuera del NHS. Mientras que los contratos de 'la primera hornada' se han centrado principalmente en la cirugía electiva rutinaria, los de 'la segunda hornada' van a incluir diálisis renal y estudios cardiológicos... Los médicos de muchas especialidades se verán, en consecuencia, obligados a trabajar para el sector privado o a enfrentarse al despido"

Melanie Newman, Hospital Doctor, 22 de septiembre de 2005.

Durante más de medio siglo, los profesionales sanitarios han seguido "el nuevo camino" de Bevan, sin estar implicados en el comercio privado dentro de un servicio público. Los políticos que siguen diciendo que son herederos del laborista Bevan están ahora metiendo a todos los trabajadores del NHS en un nuevo mercado, no como empresarios autónomos, sino como empleados de multinacionales gigantescas. Ustedes, los lectores de este libro, ayudarán a que se decida adónde van a ir en el futuro.

He escrito este libro principalmente para proporcionar a los estudiantes de las ciencias de la salud un amplio escenario de lo que va a ser su trabajo: cómo funciona ahora el Servicio Nacional de Salud (NHS) en la sociedad que tenemos y cómo debería ayudar a crear una sociedad más civilizada en el futuro. Todos los estudiantes necesitan un entorno general en el que trabajar y todos ellos tienen uno – bien el que se acepta pasivamente a partir de los principios convencionales, o bien el que ellos se construyan. El escenario convencional está perdiendo sus referentes hoy en día. En la actualidad, incluso a quienes están iniciando sus carreras profesionales les llegan noticias que muestran la realidad de un servicio de salud impulsado cada vez más deprisa, a más del 100% de su capacidad, hacia objetivos de gestión en constante cambio, por fuerzas aparentemente sin ningún control. Hace veinte años, virtualmente todos los estudiantes de ciencias de la salud esperaban trabajar durante toda su vida en el NHS, bien fuera en una unidad especializada o en una de tipo general, dependiendo, al menos en parte, de sus propios intereses, pero principalmente de los criterios de inversión del Estado encaminados hacia las necesidades que se observan en la población. En la actualidad, cada vez se asume más que los deseos reflejan adecuadamente las necesidades – que incluyen a todo aquello para lo que hay una demanda por parte de los consumidores, o para lo que dicha demanda puede crearse mediante propaganda por parte de los medios de comunicación. Ahora su patrono puede ser cualquier órgano del NHS que lucha por su supervivencia económica, o bien cualquiera de las entidades de provisión de servicios que compiten en el nuevo mercado de la atención sanitaria.

Mi objetivo es proporcionar un cuadro amplio del entorno actual que sea útil para quienes quieren hacer que las ciencias de la salud estén a disposición del conjunto de la sociedad. No exclusivamente un marco para los clientes que puedan hacer oír sus demandas, sino uno que mantenga el pensamiento crítico allí donde la mayoría de los trabajadores y de los pacientes viven de hecho, trabajan y, en cierto modo, tratan de sobrevivir, no solamente en centros de excelencia seleccionados con recursos excepcionales, sino en el mundo real donde se llevan a cabo tareas a menudo

casi imposibles. Aunque esto pueda implicar nadar contra la corriente de moda, todavía creo que sigue a los vientos y las corrientes predominantes de la Historia. No se trata de un libro de consenso, porque en el día de hoy no tenemos ningún consenso, excepto quizá entre la gente que no tiene la responsabilidad de proporcionar atención sanitaria o una experiencia personal substancial de recibirla o haberla recibido. Las ciencias aplicadas de la salud están pasando por momentos difíciles.

Escribo a partir de mi experiencia personal. En 1948, cuando Nye Bevan pronunció el discurso que he citado en la página 13¹, yo era un estudiante de segundo año en Cambridge. Dentro de las facultades de Medicina como en el mundo real de fuera (del que la mayoría de los estudiantes de Medicina sabían poco entonces) se estaba librando una batalla entre Bevan, como ministro de Sanidad en el gobierno británico laborista de postguerra, y la Asociación Médica Británica (BMA). La BMA representaba principalmente a los médicos generales establecidos, que temían perder su dominio sobre la atención sanitaria que tenían como si fueran modestos hombres de negocios, en su calidad de trabajadores autónomos. Una mayoría arrolladora había elegido al gobierno para que hiciera de la atención sanitaria un servicio público, no un variopinto surtido de empresa privada, administración local con pocos recursos y una beneficencia para los problemas de cada día. Al igual que había sucedido con la guerra que lo había precedido, para los ciudadanos del momento, el resultado de esta lucha era incierto. A diferencia de la mayoría de sus colegas de gabinete y de la opinión de los medios de comunicación tradicionales, Bevan tenía confianza en que una gran mayoría de pacientes² estarían a la altura de las circunstancias y harían uso del servicio gratuito como ciudadanos responsables. De manera aún más sorprendente, también tenía confianza en que a los médicos, una profesión notoriamente conservadora, que se verían liberados de andar a la caza y captura de sus honorarios en el mercado médico, se les permitiría atender a la ciudadanía conforme a sus necesidades y descubrirían nuevas posibilidades para su trabajo que nunca habían imaginado previamente. Con un optimismo tan asombroso entonces como continúa pareciéndolo hoy en día, Bevan contempló a los

médicos y a los trabajadores sanitarios en su conjunto como una clase políticamente ignorante, pero susceptible de ser educada. Todo lo que necesitaba era tiempo y experiencia sobre las relaciones sociales relativas a la promoción de salud que surgirían cuando la atención sanitaria se pusiera fuera del mercado.

Los fundamentos de las ideas de Bevan se derivaban de la absoluta solidaridad existente en las comunidades mineras del Sur de Gales. Trató de aplicar las lecciones que había aprendido allí a todas las poblaciones en cualquier lugar. Sabía que la gente no necesita ser rica para ser generosa – sino todo lo contrario. Un país que está casi de rodillas puede tomar valientes decisiones que nosotros, con nuestro actual bienestar, somos, en principio, incapaces de adoptar.

Tenía razón, los escépticos (que entonces, como ahora, constituían y constituyen una confiada mayoría donde quiera que se forme una opinión respetable) estaban equivocados. El NHS no tardó en convertirse en la institución nacionalizada con más éxito y más irresistiblemente popular de Gran Bretaña, una institución tan cercana al corazón de la nación que ni siquiera Margaret Thatcher se atrevió nunca abiertamente a ponerla en manos de empresas de negocios³. Sus sucesores, primero en la Partido Conservador y ahora en el gobierno del nuevo laborismo, han continuado la costosa privatización de los servicios públicos⁴. Lo han tenido que hacer con cautela, presentando cada nueva capitulación frente al comercio como si se tratase de un apoyo para los, por otra parte, según ellos, decadentes niveles del NHS. Esto se ha llevado a cabo dentro de un concepto cada vez menos favorable a la economía de la gratuidad de prestaciones⁵. Nunca se ha librado ninguna batalla electoral sobre este tema, pero el deslizamiento hacia el mercado continúa, impulsado por su propia lógica idiota y del más primitivo nivel, en la que el beneficio económico adquiere preferencia sobre cualquier otro resultado.

Sin lugar a dudas, Bevan había abierto un camino nuevo para los médicos, los enfermos y cuantas personas estaban implicadas, de una u otra forma, en el NHS. Podría demostrarse que las fuerzas sociales que

puso en marcha no pueden dar marcha atrás⁶. A lo largo del más de medio siglo que ha pasado desde 1948, el NHS se convirtió en una entidad económica independiente, que amenazaba con legitimar un conjunto de reglas económicas completamente nuevo, creando nuevas dimensiones para las expectativas del público. Este libro trata de explicar cómo sucedió tal cosa y cómo proporcionó oportunidades para que pudiésemos situarnos de nuevo en un camino que condujera a lograr una sociedad más civilizada, generosa y sostenible.

¿POR QUÉ ECONOMÍA?

Mi explicación está organizada alrededor de un análisis económico. Asumo que el duro trabajo de los profesionales del NHS, junto con el, a menudo aún más duro, de sus enfermos, ha de generar un producto útil. Si este producto es real debe ser, de una u otra forma, mensurable. La avanzadilla de la Medicina convirtió en pasado la confusión entre los deseos y los hechos alrededor de 1935 y la de la enfermería varios siglos antes (los reticentes de ambos colectivos aún tienen que plantearse por completo). Mucha gente está tan acostumbrada a que cualquier argumento económico se use sólo contra las ideas humanas, en lugar de en su apoyo, que rechaza los términos económicos en su conjunto. Asumen que el progreso humano depende de la oposición a las leyes económicas más que de cuestionar las que tenemos y desarrollar otras nuevas que encajen mejor en el mundo real que pretenden explicar. Las leyes económicas no son leyes naturales, sino descripciones de la conducta humana. Como individuos, no tenemos opciones reales respecto a nuestro comportamiento económico pero, como grupos colectivos, podemos organizar el cambio – como hicimos, en mi época, durante la segunda guerra mundial, cuando tanto Gran Bretaña como los Estados Unidos reorganizaron parcialmente sus economías, en torno a un consenso social objetivo. Alemania, a pesar de todo el poder coercitivo de una dictadura, no consiguió hacerlo. Durante unos pocos años, osamos escribir de nuevo las leyes económicas y lo logramos. Cualquiera que quiera ocuparse del futuro del NHS como un

servicio humano para todos los ciudadanos, y no como un negocio rentable para unos pocos, necesita plantearse y presentar sus argumentos en términos económicos, pero también ha de dotarse del valor y la imaginación que le permitan ver ciertas posibilidades económicas que son invisibles para la mayor parte de los expertos del momento. Han de confiar en que su carencia de conocimientos académicos se verá compensada con creces por su familiaridad con los lugares reales de producción. Sin un mínimo entendimiento de economía de la sanidad derivado no de la teoría clásica, sino de la experiencia propia de la economía real de la sanidad, con las decisiones clínicas como sus principales unidades, quienes traten de oponerse a la continua comercialización e industrialización del NHS sólo pueden retorcerse las manos y agonizar, dejando todas las decisiones reales a los que industrializan y comercializan.

Este argumento se presenta de forma esquemática en el capítulo 1, Como cualquier esqueleto, es un poco árido. Los cuatro capítulos siguientes añaden carne, sacando, siempre que ha sido posible, los ejemplos reales del trabajo que yo mismo he realizado, o con al que he estado tan estrechamente vinculado, como para conocer claramente sus limitaciones. Espero que esto hará más viva e interesante para los lectores esta combinación de argumentos clínicos, políticos y económicos. Los lectores pueden decidir por sí mismos hasta qué punto las conclusiones están justificadas (es mucho más fácil ver los errores que los aciertos). Por fin, el último capítulo se ocupa de cómo pueden empezar a llevarse a la práctica esas conclusiones, partiendo de donde, de hecho, estamos, de la gente con la que realmente contamos, de la inmensa resistencia con la que con seguridad tendremos que enfrentarnos en el futuro que, por cierto, no es inferior a la del pasado.

La economía interesa a la riqueza y al poder y a quienes los poseen. Sin darse cuenta, el Presidente George Bush ha dado al mundo una lección que cada generación debe aprender siempre por su propia experiencia: que los ricos y poderosos nunca sueltan voluntariamente lo que tienen y nunca cesan de pedir más. Nuestra única ventaja es que somos muchos y ellos son pocos. La unidad y la solidaridad son nuestras claves, pero

dependen de que entendamos y confiemos en que sabemos adónde vamos y que realmente podemos crear un mundo mejor con decisiones humanas sensatas y no con las oleadas de avaricia que liberan las fuerzas del mercado. Nuestra actual indefensión frente a los arrogantes ricos se deriva del desmoronamiento tanto de las ideas como de la confianza que teníamos en 1948, cuando Bevan inauguró el nuevo sendero. Muchas ideas de aquellos días resultaron ser utopías de ilusos. Por muy dolorosa que sea la pérdida de la ilusión, supone un avance necesario. Ninguna verdad es nunca la última, ni en la ciencia ni en el pensamiento social. Para quienes deseaban un mundo planificado y compartido, en lugar de congelado y bien atado, era necesaria e inevitable una revisión fundamental del pensamiento. La riqueza y el poder han disfrutado del periodo reciente, en que el progreso se ha interrumpido, y han hundido a sus opositores en la sumisión, pero esto no logrará una victoria duradera. Necesitamos un nuevo gran mapa que nos muestre de dónde venimos, adónde queremos ir y de cómo queremos llegar. Espero que este libro pueda ayudar a proporcionar al menos un esquemático esbozo del punto de partida⁷.

ALGUNAS EXCUSAS

Esta obra tiene serias limitaciones. Tiene, en su conjunto, un tono erróneo para un trabajo académico, pero admite demasiadas incertidumbres para ser un misil polémico. La cólera es un ingrediente necesario para la educación en tiempos como los actuales, pero sin dirección inteligente y disciplina se convierte en mera invectiva, o desahogo. Los profesionales sanitarios necesitan un libro que les ayude a trabajar y dar sentido a su experiencia y evitar el sentido desmoralizador del trabajo duro e inútil que siempre ha amenazado a quienes se dedican al servicio público y que está alcanzando en la actualidad niveles críticos⁸. Espero que sea también útil a los enfermos interesados en hacer que el NHS funcione mejor, tanto en su propio interés como en el de otros enfermos cuyos problemas comparten. Eventualmente, esto incluye de forma virtual a todo el mundo.

Cualquier libro que mire al mundo debe empezar por alguna parte, ¿Por qué no por donde, de hecho, estamos? He escrito sin avergonzarme desde mi personal punto de vista como médico (no como cualquier otro tipo de trabajador sanitario), como un médico general dedicado a la comunidad, no como un especialista que trabaja en un hospital. Como un médico general que trabajó en una comunidad de mineros de Gales del Sur, interesado y comprometido de forma importante en la investigación, en absoluto representativo de mis compañeros contemporáneos. La experiencia útil debe ser específica porque, para ser verificable (o ser considerada falsa) la verdad debe ser concreta. Generalizar más allá de la experiencia específica siempre implica algún tipo de error, pero es menos peligroso (en nuestras actuales circunstancias cada vez más peligrosas) que no hacer nada, siempre que dicha generalización se haga cuidadosamente y con precaución. Creo que el mundo necesita libros que sigan líneas esencialmente similares a las de éste, respecto a otros sistemas sanitarios y otras culturas, pero los tendrán que escribir otros. El comienzo de la revolución industrial (de la que nuestro sistema sanitario es un producto tardío) tuvo lugar en Gran Bretaña y la misma alcanzó su cenit, en vísperas de la primera guerra mundial, en los valles mineros del Sur de Gales (que también crearon modelos embrionarios para el NHS). Este punto de partida puede tener algunas ventajas, incluso para tener una visión global. Soy consciente de que no tengo en cuenta el hambre de medio mundo, del cual depende principalmente su mala salud, que tiene mucho menos que ver con sus servicios sanitarios. Soy asimismo consciente de que no tengo en cuenta otros países industriales desarrollados, algunos de los cuales han logrado en cuatro décadas lo que, en Gran Bretaña, requirió cuatro décadas para desarrollarse. Hay excesivas menciones a los Estados Unidos, sencillamente porque su relativamente nuevo modelo empresarial es el que se está imponiendo en todo el mundo mediante la conversión en mercado de la sanidad. Pero no pretendo haber escrito un libro que pueda ser para uso de los estudiantes en ese país, sin mucho conocimiento, de fondo o por experiencia, de un servicio nacional de salud. Tanto para la sanidad como para la educación, las tradiciones nacionales tienen un

enorme significado. Cada país debe encontrar su propio camino, sabiendo que la naturaleza de la sanidad nacional es una parte muy importante de su identidad. El patriotismo de los ricos, del que prescinden cada vez que tienen ocasión de intimidar a quienes no están de acuerdo con ellos, es completamente falso, como nos lo muestran cada día en la bolsa, con el desplazamiento de sus inversiones a cualquier lugar donde la vida y el trabajo sean más baratos. El verdadero patriotismo existe de hecho y, en la actualidad, más en la sanidad que en cualquier otro sitio, y continúa siendo una fuerza potencial sumamente poderosa. Para los trabajadores de la salud, se expresa de modo más efectivo a través del servicio al público que mejor conocen.

Por último, el hecho de que haya elegido el NHS como principal vehículo para mi argumentación no implica que otros escenarios no hubiesen podido servir casi lo mismo. El más evidente de éstos es la educación, pero creo que se podrían haber aplicado virtualmente argumentos similares a cualquier aspecto del trabajo creador que se ocupa de la gente y no de las cosas. Sin embargo, al menos en Gran Bretaña, creo que el NHS se presenta como la punta de lanza que está más a mano para llevar a cabo un cambio político fundamental, porque es el de mayor alcance social, tiene la base popular más amplia y más resistente y las raíces populares más profundas y porque la gran mayoría de la gente puede darse cuenta de que la transformación de la vida misma en un artículo de consumo representa una amenaza básica para la civilización.

Ningún autor en solitario puede tener ni todas las habilidades ni la experiencia precisas para ofrecer algo más que un primer esbozo de un tema tan amplio, que es en sí sólo una fase previa del desarrollo. Aunque ciertamente podría haberse escrito un libro mejor como tarea colectiva, esperar al mismo podría haber dado lugar a que nunca se hubiese escrito. Por su compromiso, he recibido la ayuda inmensa de compañeros críticos que se han esforzado aportando muchos borradores previos de los últimos ocho años. A mis asesores más recientes los menciono en los agradecimientos. Espero poder proporcionar suficiente material para animar a la

nueva generación, que tiene experiencia actual y carece de la tara de un equipaje ideológico obsoleto, a que complete el cuadro y se embarque en las nuevas tareas que ello implica.

Julian Tudor Hart
30 de septiembre de 2005

Notas

¹ El título que originalmente había elegido para este libro era “UN CAMINO COMPLETAMENTE NUEVO” , tomándolo del fragmento del discurso de Bevan que he citado en la página 13, pues proporciona un hilo conductor que engarza todos mis argumentos. Mis editores pensaron que este título iba a ser incomprensible para la mayor parte de las personas que, por lo demás, era probable que se interesasen en leerlo, por eso, acepté su punto de vista. Probablemente el nuevo título sea mejor.

² Las palabras “paciente” y “enfermo” siguen siendo útiles, a pesar de sus muchas desventajas evidentes. Por motivos que explicaré más adelante, no puedo aceptar “consumidor” o “cliente” como substitutos adecuados, excepto en el contexto de las circunstancias especiales de las transacciones entre proveedores y consumidores, que quedan descartadas en cualquier Servicio Nacional de Sanidad que merezca tal nombre. “Cliente” es sólo un poco mejor. Si los médicos y las enfermeras tuvieran que sacar sus términos de otro campo profesional, el de los maestros sería a ciencia cierta más apropiado que el de los abogados, sin embargo, a nadie se le ha ocurrido sugerir que se usen los términos “alumnos” o “estudiantes”. A parte del hecho, que se ha comprobado en encuestas de opinión, de que los pacientes, por lo general, prefieren que se les llame “pacientes” o “enfermos” que que se emplee cualquier otra alternativa y que éstos son términos que bien establecidos que todo el mundo comprende, la paciencia continua siendo una virtud que casi todos ellos deben poseer o adquirir, lisa y llanamente para poder manejarse en medio de un servicio que es casi siempre imperfecto. Desearía que todos los profesionales sanitarios, incluido yo mismo, aprendieran a tener tanta paciencia como la mayoría de nuestros pacientes.

³ Aunque Margaret Thatcher representa el punto de inflexión en el camino de Gran Bretaña desde el capitalismo del bienestar hacia los más agresivos mercados desregulados, este cambio ha ocurrido en todas partes, con muy poca resistencia por parte de los partidos socialistas o social-demócratas, que a menudo fueron los que lo pilotaron, allá donde los mismos estaban en el poder. Nueva Zelanda, cuan del estado del bienestar, fue un sobresaliente ejemplo de esto.

⁴ Las compras o conciertos por parte del NHS al sector sanitario privado se han multiplicado por diez a partir del último gobierno conservador en 1997, a pesar de que, por término medio, los costes de la provisión de servicios por parte del sector privado son un 15% más altos que cuando se prestan en el entorno del propio NHS (Lister J.: “Reinventar o fracasar”, *The Guardian*, 20 de julio de 2005)

⁵ Titmuss RM (Oakley A, Ashton J eds.) *The Gift Relationship: from human blood to social policy*, Edición original (1970) con capítulos nuevos escritos por Virginis Berridge, Vanessa Martlew, Gilian Weaver, Susan Williams y Julian Le Grand. Londres: London School of Economics & Political Science, 1997. Titmuss aportó un análisis comparativo de los aspectos económicos de la transfusión sanguínea en Gran Bretaña, donde sólo se dispone de sangre como donación gratuita por parte de donantes voluntarios, y Estados Unidos, donde casi toda la sangre para transfusiones proviene de donantes pagados, mediando empresas comerciales. El Servicio Nacional de Transfusión de Sangre (NBTS) del Reino Unido era un servicio estatal, creado durante la Segunda Guerra Mundial, que organizaba y reclutaba donantes a gran escala en tiempo de paz, como una organización paralela al NHS. Utilizando los datos de los años sesenta del siglo pasado, Titmuss objetivó los costes mucho más

reducidos y la calidad mucho mayor de la organización británica, con unos riesgos mucho menores de inocular los contaminantes que entonces se conocían, principalmente los virus de la hepatitis (era mucho antes de la pandemia del SIDA). Al menos en Gran Bretaña, hubo pocas voces que pusieran en tela de juicio sus conclusiones (Damborough J.: What price blood? *Lancet* 1974; I: 861). El los años ochenta, los proveedores comerciales de sangre estaban llamando a todas las puertas, y el mercadeo ilícito interno de productos hemáticos de gran valor (no la mera transfusión de sangre, sino los derivados de plasma) estaba convirtiéndose en un serio competidor dentro de los propios servicios estatales. En Nueva Zelanda, donde el gobierno estaba dispuesto a imponer la competencia de mercado sobre la sangre para transfusión que hasta entonces era un producto gratuito, se interrogó a 345 donantes y respondieron el 98%. Más de la mitad estaban en contra de que se obtuvieran ganancias a expensas de la sangre, 71% estaban preocupados respecto a la calidad de la sangre en un servicio comercializado, 41% no donarían más sangre en el futuro si se iba a hacer negocio con la venta de los derivados de la sangre y un 10% estaban reconsiderando por completo si dar sangre a partir de ese momento (Howden-Chapman P, Carter J, Woods N. Blood money: blood donors attitudes to changes in the New Zealand blood transfusion service. *British Medical Journal* 1996; 312:1131-2). Desde entonces, los hemoderivados para transfusión se han convertido en un derivado muy rentable para el NBTS, lo que hace temer que la organización británica sea pronto indistinguible de la de Estados Unidos (Oakley A. Blood donation – altruism or profit? *British Medical Journal* 1996; 312: 1114). Incluso algunos economistas de la salud están proponiendo seriamente que, con los órganos del cuerpo humano, se pueda constituir un mercado efectivo legal e incluso ético (Taylor JS. *Stakes and Kidneys: Why Markets in Human Body Parts are Morally Imperative*. Ashgate, 2005; Cherry MJ. *Kidney for Sale by Owner: Human Organs, Transplantation and the Market*. Georgetown University Press, 2005)

⁶ Los primeros signos de una resistencia organizada renovada aparecieron unas pocas semanas antes de que yo acabara el borrador de este libro. La Federación de Apoyo al NHS, la Asociación de Consultores del NHS y un enorme y creciente número de profesionales de plantillas del NHS entre los que había una variedad sin precedentes, junto con los sindicatos del NHS se están reuniendo alrededor de un movimiento con el lema “Mantengamos público nuestro NHS” que se va a presentar al público en Octubre de 2005. La mayoría de los miembros de las plantillas del NHS empiezan ahora a comprender lo que les están haciendo.

⁷ Un cierto conocimiento crítico de economía es crucial para entender la Sanidad como una función social. Muchos economistas, destacando entre ellos Galbrath, Polanyi, Schonfield y Huton, han dado vueltas durante años al problema de que la Economía clásica, que surge a partir del mercado, es incapaz de abarcar actividades económicas de enorme importancia que generan valor, pero no en calidad de bienes de consumo; no sólo la sanidad pública, sino también la educación e los niños y todo tipo de actividades que se llevan a cabo en el entorno de las familias. Por otra parte, de forma perversa, abarca la producción de bienes de consumo que no son mercancías, sino bienes de consumo negativos que generan ganancias, pero haciendo daño a la sociedad y productos derivados de la producción de bienes de consumo tales como la contaminación y la degradación del medio ambiente. Todos estos productos constituyen el objeto de medidas de Bienestar Económico Neto y de muchos otros intentos de enfrentarse a las áreas que ignora la ortodoxia económica clásica y que han adoptado los neoconservadores en Estados Unidos y, de manera objetiva, han aceptado los neolaboristas británicos.

⁸ A diferencia del *British Medical Journal*, *The Lancet* se lleva la palma en su apoyo mantenido al

Capítulo 1

EL Servicio Nacional de Salud (NHS)* como sistema creativo

Una de las pocas ventajas que tiene tener 78 años es que ahora tengo suficiente experiencia de las teóricas crisis, como para comprender que todas, salvo unas pocas son imaginarias. Nunca ha habido una época en la que, conforme a la sabiduría convencional, el país no estuviera por los suelos, y las instituciones y las profesiones no estuvieran perdiendo el respeto del público y los enfermos no estuviesen mirando hacía atrás a los buenos días del pasado en que los médicos sabían no sólo el nombre de sus pacientes, sino también el de sus hijos, sus nietos, sus perros, sus gatos y sus periquitos e incluso les visitaban a domicilio cuando estaban enfermos, sin hacer ningún alarde de ello.

Durante la mayor parte de mis cuarenta años de atención a los pacientes, casi todo lo referente a dicha atención fue paulatina y establemente mejorando -más efectiva, más humana y menos autoritaria. Hasta hace unos veinte años, la resistencia al cambio se fue debilitando en casi todos los frentes. El progreso fue real, visible para todo el mundo, lo que mantuvo alta la moral tanto de los profesionales sanitarios como de los enfermos, pues todos ellos actuaban en un gran escenario compartido por un acuerdo general, para lograr objetivos de consenso. Obviamente, gran

* En lo sucesivo, voy a usar la sigla NHS para referirme al Servicio Nacional de Salud Británico. Esta sigla ha sido tan bien conocida y representativa de lo que debe ser un servicio de salud que creo que merece la pena conservarla en la traducción. (*N. del T.*)

parte de esta mejoría ha dependido de la expansión del saber, que continuará creciendo de modo exponencial como una fuerza social progresiva, pero tanto los profesionales de la salud como los enfermos se han visto sometidos a un profundo cambio en sus comportamientos sociales que no sólo ha dependido del conocimiento, sino del aprendizaje – aprendiendo de su experiencia práctica del trabajo en la economía gratuita que Bevan había creado, con el objeto de identificar las necesidades y afrontarlas, en lugar de ganar dinero. Por ambas razones, los profesionales sanitarios de todos los tipos se hicieron más reconocibles, más humanos, más imaginativos, menos arrogantes, menos testarudos y más dispuestos a aprender de sus propios errores, de la literatura científica (basada ella misma en los sucesivos reconocimientos de errores) y de las opiniones y experiencia de sus enfermos. Por las mismas razones, los pacientes se hicieron, por lo general, menos ignorantes, menos crédulos, menos miedosos respecto a la verdad y menos dados a la negativa y más capaces de comprender sus propias necesidades reales, las necesidades de los demás e incluso -en una cuantía mucho más limitada- la naturaleza de la Medicina en tanto que ciencia no exacta, en lugar de una magia o de una ingeniería humana.

Durante las tres primeras décadas, la experiencia de los profesionales y de los pacientes del NHS fue contundentemente positiva – no porque estuviese libre de viejas avaricias, crueldades, errores crasos, despotismos y de las restricciones desesperadas de material que acosan a todos los servicios sanitarios públicos financiados a regañadientes por el gobierno con los impuestos, sino porque todos esos inconvenientes (salvo el último) disminuyeron de manera evidente. A pesar de todas las restricciones, para el sentir popular, el NHS “pre-reforma” funcionaba de manera más eficiente que la bazofia proporcionada antes de 1948 por lo público, lo privado y la caridad, o de lo que los ciudadanos británicos experimentaban si ellos, sus familiares o sus amigos caían enfermos en USA (justo lo contrario en términos políticos y económicos) o en cualquier otro lugar de la Unión Europea (con sistemas más burocráticos basados en el aseguramiento)¹. De este modo, a pesar de más de dos décadas de competencia de mercado vigorosamente promovida, consumismo, desprecio del servi-

cio público y resurrección de la superstición y la anticencia, una mayoría de votantes de todas las ideologías todavía cree que necesitamos un único servicio nacional accesible para todo el mundo, en cualquier momento, en consonancia con las necesidades de cada uno y la evidencia y efectividad científicas y que, en consecuencia, desafíe a todas las leyes del mercado. Por supuesto, hay aún muchos médicos avariciosos y pacientes egoístas, pero, al menos en mi experiencia, ambos han sido siempre una minoría e incluso hoy en día son menos numerosos de lo que parecían en 1952, cuando yo acabé la carrera. Innegablemente tienen en la actualidad una voz más fuerte que antes de 1979 (momento en el que se había reducido a un mero cuchicheo a duras penas audible) porque Margaret Thatcher restituyó a la avaricia y al egoísmo su preponderancia de antes de la guerra como impulsores de una economía generadora de ganancias. Pero todavía no tenemos ninguna demostración, ni a partir de las elecciones, ni de las encuestas de opinión, de que esto sea lo que la mayoría de la gente haya deseado nunca, ni de que tal cosa fuera una tendencia social creciente en los días de consenso “pre-reforma”².

LA CRISIS ES REAL

Sin embargo, la crisis hoy en día es real, se agrava y es de naturaleza fundamental. El progreso natural, que aún continúa, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los pacientes y que acabo de describir se ha visto desde los primeros años ochenta forzado por el gobierno a marchar por caminos trazados, no a partir de la experiencia de enfrentarse a los problemas públicos a través del servicio público, sino de la experiencia (principalmente de USA) de distribuir las prestaciones en mercados dirigidos por la demanda de los consumidores. Como quiera que las exponencialmente crecientes posibilidades y expectativas acaban atascándose en los embudos del NHS, lo que rebosa inunda el rápidamente creciente sector privado, que poca gente quiere y por el que incluso mucha menos ha votado, pero que ha decidido crear el gobierno. El resultado es confusión, barullo y una sensación general de que los profesionales son como

corchos en el océano y de que los enfermos se convierten en consumidores competitivos, preocupándose cada cual de su propio interés. Una creciente proporción de los miembros de las plantillas se ha rendido intentando trabajar racionalmente en un servicio que ya no genera sentido intuitivo. Los trabajadores parecen enfrentarse a una creciente fragmentación y burocratización de su trabajo, decreciente seguridad en su empleo, creciente competencia de costes, presiones de tiempo, amenazas colectivas de litigios y de bancarota de las unidades, promovidos por enfermos animados por el gobierno a actuar como consumidores que compran, en lugar de como ciudadanos responsables. Aunque una inmensa mayoría de los enfermos del NHS todavía afirman tener una experiencia personal positiva de la atención sanitaria, el NHS que ven en la televisión, del que oyen hablar en la radio o sobre el que leen en los periódicos parece haberse sumido, en las últimas dos o tres décadas, en una decadencia terminal, echando mano de los recursos privados como única salida. Sin que ningún partido político próximo al poder ofrezca ninguna alternativa positiva a la subordinación continua e implacable del NHS a su industrialización con los principios del mundo de los negocios y con un ejército de propagandistas que ensalzan las virtudes de la atención sanitaria como artículo de consumo, el “cada cual para sí y sólo para sí” empieza a parecer la mejor filosofía de que se dispone para la supervivencia, tanto de los trabajadores sanitarios como de los enfermos. El capital social que hizo posible el NHS, en primer lugar, fue un sentimiento compartido de solidaridad. Si este sentimiento se substituye por el consumismo, el NHS perderá sus cimientos clásicos.

Aunque el gobierno ha empezado por fin a financiar el NHS a un nivel que se acerca al que alcanzaron hace tiempo otros gobiernos de Europa Occidental, los fondos se derraman en un vaso ya tan fragmentado en unidades independientes y competitivas y tan plagado de demandas burocráticas de rendición de cuentas y de organización, que para mejorar la atención a los enfermos quedan poca liquidez y buenos deseos, tras haberse apropiado de su parte los asesores de organización y los intereses empresariales a los que se ha incitado en la actualidad a que usurpen todas las

funciones potencialmente provechosas del NHS. En tanto en cuanto el NHS siguió siendo una organización sin necesidad de pago directo, financiada socialmente, independiente de los negocios, estuvo muy insuficientemente financiada en comparación con los servicios sanitarios públicos en los restantes países de economías avanzadas³. Se retrasó el cambio hacia algo que se acercara a una financiación adecuada hasta que se hubieran destruido las fronteras previas entre el NHS y los negocios. La planificación central que originalmente redistribuía las plantillas de especialistas fuera de Londres y de otros centros universitarios y que empezó a establecer una correlación entre las inversiones en servicios asistenciales y sus cargas de enfermedad, y no su riqueza, se suprimió sistemáticamente, completando un proceso que ya habían iniciado los gobiernos conservadores. En el nombre de la descentralización y con la retórica de devolver los hospitales a la gente desde el gobierno, se les indujo a que adoptasen un status de entidades similares a empresas públicas (“Trusts”) como unidades independientes obligadas a competir entre sí, responsabilizándose cada una de su propia viabilidad económica y animándola a vender todos sus activos, por encima de los requerimientos básicos – principalmente su terreno edificable⁴. El Primer Ministro Blair ha dejado claro que, en lo que a él respecta, la continuidad de la financiación está condicionada al consiguiente “progreso” por este camino, y de ello se hace eco su potencial heredero, Gordon Brown⁵.

Entre tanto, como los trabajadores que trabajan para cualquier otra empresa comercial, los profesionales del NHS a todos los niveles se sienten impulsados a ir cada vez más deprisa, simplemente para permanecer en la carrera. Esta aceleración perpetua tiene dos causas: la primera, esencial e inevitable, la segunda, innecesaria y gratuita. Como debe ser y ha sido siempre, cada semana, las pautas de actuación del NHS se modifican como consecuencia de los avances de la Ciencia y la Tecnología. Las buenas nuevas de que se pueden hacer cada día más cosas vienen en el *British Medical Journal*, el *Journal of the American Medical Association*, *The Lancet*, el *British Journal of General Practice* y el *New England Journal of Medicine*, pero los miembros de las plantillas saben, sin que nadie se lo

diga, que pasar a lo que se puede hacer desde lo que de hecho se hace requiere más gente y esta gente nueva necesita que se la forme y se le pague. No es llamativo que la mayoría de los médicos no se mantengan al día con esas publicaciones, porque sólo les hablan de nuevas tareas que han de añadir a sus ya pesadas cargas, sin que tengan ninguna seguridad de que van a disponer de nuevos recursos en que apoyarse. En la actualidad, a este necesario esfuerzo en constante aumento, se añaden las crecientes demandas de los gestores, desesperados por conseguir que sus unidades sigan siendo solventes en la forzada competencia entre hospitales impuesta desde los primeros años ochenta⁶ y que ahora se implanta en las entidades similares a empresas públicas (“*trusts*”) inglesas de atención primaria.

¿QUIÉN DESEA O NECESITA OPCIONES DE MERCADO?

Se ha animado a los enfermos a que crean que, como consumidores en el mercado, tienen derecho a una atención conforme al estado del arte en el momento para cualquier problema de salud, sin tener en cuenta las realidades materiales que limitan cualquier servicio público, incluyendo la falta de evidencia de que los aparentes nuevos avances sean reales y efectivos, antes de que se hayan investigado adecuadamente en amplias poblaciones y no en pequeños subgrupos experimentales. Para que los enfermos puedan buscar en internet su “compra más conveniente”, con costes reales que, hoy por hoy, todavía abona el Estado, se han puesto en circulación tablas genéricas que pretenden medir la calidad y la cantidad de lo que producen los hospitales que compiten entre sí, ignorando las enormes dificultades que implica comparar diferentes hospitales que atienden a diferentes poblaciones con diferentes tipos de enfermedades y diferentes recursos sociales para enfrentarse a las mismas⁷.

En 2002 el gobierno presentó su plan de “contratación por correo electrónico” para las derivaciones de pacientes desde atención primaria a los especialistas del hospital, llamado “Elige y contrata”. Se utilizaba un programa informático del NHS que todavía estaba desarrollándose. Se exigía

que, para diciembre de 2005, a todos los pacientes de Inglaterra (pero no de Gales o Escocia) se les ofrecieran cuatro o cinco opciones entre hospitales, que debían incluir al menos una del sector privado. Se indicó a las entidades similares a empresas públicas hospitalarias de Inglaterra que tenían que reservar un 15% de sus fondos para pagar estas derivaciones al sector privado⁸.

Este plan “Elige y contrata” afectará a 9,4 millones de citas hospitalarias anuales por vía informática cuando funcione al completo, lo que se prevé para 2006. De acuerdo con el pacto de servicios públicos, estas citas por vía informática debían haber llegado a ser 205.000 a finales de diciembre de 2004. De hecho, hasta esa fecha, sólo se habían realizado 63. Este programa tiene un coste total estimado, en el momento actual, de 30.000 millones de libras esterlinas (unos 21.000 millones de euros), aunque se comenta entre quienes están implicados en su desarrollo que será, en realidad, de 60.000 millones. Podría convertirse en otro desastre como el de IT, de una magnitud tal que podría echar abajo a un gobierno⁹. No se trata de un mero problema técnico que deban resolver los programadores de IT, ni se centra en la falta de interés de los trabajadores en usar la tecnología informática en lugar de las historias clínicas manuscritas tradicionales¹⁰. Constituye un error fundamental de juicio político y de filosofía económica imponer un mercado en un servicio cuando ni el público lo pedía, ni los trabajadores lo necesitaban. No hay evidencia de ninguna demanda popular masiva de este tipo de citas optativas ni por parte de los enfermos¹¹, ni de los médicos de atención primaria ni de los especialistas. El programa no es capaz de reconocer que la naturaleza de las decisiones clínicas es fundamentalmente diferente de la de las del campo de los negocios. Incluso en grupos piloto empleados en una investigación iniciada por el primer ministro Blair para estudiar la opinión sobre las políticas del Nuevo Laborismo, entre grupos representativos de votantes indecisos, los participantes no consideraban que este tipo de opciones tuvieran ninguna importancia para sus vidas personales. Como la mayoría del electorado concienciado, la mayoría del electorado indeciso deseaba sencillamente que sus escuelas locales, centros de salud y hospitales fueran

accesibles y eficientes¹². La pregunta que, de hecho, hacen los enfermos, cuando se les ofrecen varias alternativas de especialistas, es: "¿A quien elegiría usted, doctor, para usted, su esposa o su hijo?" Esperan oír la verdad no tergiversada por conflictos materiales de interés, porque, al menos hasta hace poco, esos conflictos no existían en un servicio sin ventanilla de pago, sin honorarios. En el NHS "reformado" la aplicación de incentivos y sanciones de tipo económico en cada posible apartado de la evaluación, con la finalidad de empujar el comportamiento profesional en la dirección que se prefiere que vaya, pone cada vez más en cuestión esta actitud de confianza¹³.

Si los enfermos de hecho no demandaban opciones como en el mercado, ¿Qué pasaba con los médicos generales? Con este esquema de "Elige y contrata", la Oficina Nacional de Auditorías se temía un nuevo fracaso costoso, de modo que evaluó la opinión de los médicos generales. De una muestra de 1.500 médicos generales seleccionada en 2004, el 61% consideraban negativa la elección como en el mercado; sólo el 3% pensaba que podía ser útil. La respuesta del Secretario de Sanidad no ha sido cuestionar los supuestos del gobierno, sino iniciar una campaña en 2005 para educar a los médicos generales en este tema, con la esperanza de que esto les convencerá para que deseen lo que ni ellos ni sus enfermos piensan ahora que sea útil ni necesario¹⁴.

En 2003, cuando se celebraba el 55º aniversario del NHS, el entonces Secretario de Sanidad, John Reid, describió de la siguiente manera su programa de oferta de opciones a los consumidores que ahora se está poniendo en marcha tras las elecciones generales de 2005:

"Durante los últimos sesenta años, ha habido en este país un servicio de salud de dos clases. Una de esas clases ha sido el NHS, donde la gente tradicionalmente no ha tenido la oportunidad de elegir y la otra ha sido para los que tienen dinero que pueden comprar el privilegio y saltarse las listas de espera. Quiero asegurar que esos dos tipos de servicio no van a funcionar en los próximos sesenta años. En dondequiera que sea posible daremos poder a los enfermos ofreciéndoles genuinas opciones individuales respecto a dónde, cuándo, cómo y quién los va a tratar.¹⁵"

Desde entonces, Patricia Hewitt se ha hecho cargo del ministerio con el mismo mensaje. En un discurso clave a la Fundación del Mercado Social, su ministro más joven, John Hutton razonó que sólo introduciendo la competencia y la elección podría Gran Bretaña retener los valores en los que se fundó el estado de bienestar. Rindiendo tributo al gobierno de postguerra de Clement Allee, recordó que persistían las desigualdades en sanidad y en educación:

“Son estos escuetos hechos *per se* los que hacen que sea precisa una reforma del servicio público”, afirmó. “Son los poderosos argumentos que se oponen a la aceptación del modelo antiguo monolítico de arriba abajo de servicios públicos gestionados de forma centralizada... El modelo de prestación de servicio público que hemos heredado simplemente no ha respondido suficientemente como para enfrentarse a algunas de las divisiones sociales que todavía marcan a nuestra sociedad.¹⁶”

Para demostrar que esto se está convirtiendo en un consenso para todos los partidos que aspiran al poder, en el mismo número de *The Guardian*, apareció un artículo de opinión de Stephen Pollard titulado: “los tories necesitan una cláusula 4”, razonando que su única esperanza de recuperación es convertir al partido conservador en un defensor normal de los pobres, mediante dos medidas: elección como consumidores en servicios públicos transformados en mercado y porcentaje fijo de impuestos, de modo que todo el mundo pague los mismos impuestos, sea rico o pobre. Su audiencia entenderá que, como siempre, la mejor manera de enriquecer a los pobres es hacer primero que los ricos lo sean más aún, dándoles los servicios públicos para que los exploten como negocios rentables y aboliendo el impuesto sobre la renta. Esto dará lugar a una sociedad más próspera en la que, habiendo bastante riqueza arriba, algo rebotará eventualmente y alcanzará a los de abajo.

El nuevo mensaje laborista es ahora la atención privada para todo el que la quiera en un servicio dirigido al consumidor. Relacionada con esta oferta hay una expansión continua de las agencias de asistencia financiadas por inversores con la finalidad de obtener la máxima rentabilidad, hasta que los sectores público y privado alcancen un equilibrio entre los problemas renta-

bles que convienen a la iniciativa privada en su calidad de objetivos comerciales y los no rentables que quedarán en manos de lo que quede del NHS como prestador subsidiario. Reid presentó una oferta que nadie podría rechazar, excepto la minoría concienciada, pero probablemente cada vez más reducida, que todavía sospecha que la atención por parte del NHS venía siendo, por lo general, más segura y más efectiva que la privada, porque los beneficios no pueden ponerse en duda para dar preferencia a otros fines.

¿Dónde está el truco? Si se asegurase una vuelta a los impuestos progresivamente crecientes, a los niveles previos a los de 1979 (que incluso entonces estaban en aproximadamente la media de la Unión Europea y muy por debajo de los de Escandinavia) el NHS podría asumir todas las necesidades para prestar una atención sanitaria efectiva¹⁷. Sin embargo, no hay modo de que pueda asumir todas las demandas de atención que pueden concebirse en un mercado de consumidores, impulsado, no por las necesidades sino por los deseos, a su vez estimulados por los que prestan los servicios con un interés económico en gran escala¹⁸. El tema central de este libro es que una atención sanitaria racional y efectiva no puede seguir el patrón de la competencia mercantil para obtener lucro. Es plausible que la atención sanitaria pueda venderse verdaderamente como una mercancía rentable, pero no en un servicio nacional de salud digno de tal nombre, que atienda a todos los ciudadanos, promueva y conserve la salud, cuide a los enfermos, los cure si es posible y sin hacer pagar directamente nada a los enfermos. Los pagos por la atención mercantilizada podrían ser inicialmente pequeños, como han recomendado Bosanquet y Pollard y otros defensores de la “reforma”¹⁹, pero en cierto momento, a través de la barrera de la “gratuidad en el momento de la utilización”, podemos estar seguros de su escalada ascendente. En tanto en cuanto la atención sanitaria se suministre como un regalo social, puede tener límites establecidos por una combinación de las expectativas públicas y el conocimiento científico (lo que se discute más adelante, en el capítulo 3), pero tan pronto como se empiece a contemplarla como un bien susceptible de ser adquirido, las demanda crecerá hasta incluir todo aquello que el público pueda plantearse demandar.

Si tomamos ejemplo de la alimentación de la población, las necesidades de alimentos que se necesitan para mantener una dieta nacional sana, variada y generosa para todo el mundo se pueden calcular y con bastante antelación como para permitir una planificación racional, pues son finitos. Con aportaciones medidas podemos asumir necesidades también medidas. Puede alimentarse a la nación y hacerlo generosamente y con diversidad con mucho menos dinero y unas redes de producción y distribución más creativas que las que tenemos ahora, si las inversiones estuvieran determinadas por las necesidades, en lugar de estarlo por la rentabilidad. Como artículos susceptibles de ser comprados, sin embargo, las provisiones de alimentos continuarán expandiéndose en variedad, complejidad e incluso en originalidad de presentación, simplemente para mantenerse en cabeza de la competencia y buscar nuevas fuentes de lucro. Comoquiera que no hay límites a lo que incluso los obesos pueden comer, una proporción creciente de esta expansión se basará no en las necesidades, sino en fantasías, de lo contrario, todo el negocio se vendría abajo. El mercado de provisión de alimentos se expande no porque se alimente a más gente hambrienta, sino atendiendo a las demandas de los consumidores, activamente mediante cualquiera de las maneras posibles por las empresas de la alimentación y por los lavadores de cerebros públicos que las mismas contratan – y que aceptamos como precio para que la televisión sea barata.

Si el NHS sigue este camino, perderá toda conexión real con su propósito original, pero ésta es la dirección en la que no sólo el Nuevo Partido Laborista sino casi todos los gobiernos están arrastrando sus sistemas sanitarios nacionales, impulsados no por los votantes, sino por la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Banco Mundial (BM)²⁰. Apoyados legalmente por el Acuerdo General de Tarifas y Comercio (AGTC o GATT, en Inglés) y su derivado, el Acuerdo General sobre Comercio y Servicios (AGCS o GATS, en Inglés) que los gobiernos de virtualmente todas las naciones que comercian han firmado, bien de buena gana o bajo coacción, pero siempre a espaldas de sus votantes²¹. Con la excusa de la siempre creciente capacidad de opción del consumidor, los partidos polí-

ticos compiten no sobre las políticas en sí, sino sobre su presentación. Todos van en la misma dirección y sus diferencias se refieren sólo a la velocidad de puesta en marcha y a las frases de propaganda que se requieren para tranquilizar a los diversos sectores de la opinión pública.

NUEVE CARACTERÍSTICAS DEL NHS COMO INSTITUCIÓN ECONÓMICA DIFERENCIADA

Hasta los primeros años ochenta en que Margaret Thatcher empezó a diseñar negocios lucrativos con la economía del NHS, el servicio previo a la reforma” tenía nueve características diferenciales:

1.- Era un único y unificado servicio nacional²² que incluía todas las categorías de las plantillas implicadas directa o indirectamente en la atención, accesible de forma gratuita para todos los ciudadanos de acuerdo con sus necesidades y casi por completo sin que existieran de pagos personales.

2.- Era una institución económica gratuita que cubría a todo el mundo, financiada por impuestos generales (en su mayor parte por el impuesto sobre la renta)²³. No se trataba de un esquema de seguro pagado por el Estado, ni de una institución económica financiada por consumidores en un mercado abierto.

3.- Sus principales aportaciones y actuaciones eran las interacciones personales entre los profesionales y los ciudadanos. Estas interacciones de hecho (aunque originalmente no en teoría para los profesionales) dependían de la experiencia conjunta y de los criterios de ambas partes. Los profesionales, los enfermos y la población podían, en consecuencia, convertirse en socios productores de salud y los profesionales no eran dispensadores de servicios sanitarios con intereses potencialmente enfrentados a los de sus pacientes²⁴.

4.- Su producto era potencialmente mensurable en términos de incremento de salud de toda la población, no como de actuaciones diversas que adquieren consumidores individuales.

5.- No se esperaba que los miembros de su plantilla y las unidades de que constaba la institución compitiesen entre sí para conseguir una fracción de mercado, sino que cooperasen para conseguir el máximo servicio útil. El secreto comercial no tenía razón de ser y era impensable²⁵.

6.- La continuidad era crucial para su eficiencia y efectividad y la ausencia de la misma y su fragmentación fue el factor más importante de los que originaron ineficiencia y errores.

7.- Los miembros de las plantillas de cada centro y los ciudadanos creían intuitivamente que eran moralmente propietarios y debían lealtad hacia las unidades vecinas del NHS. Para la mayoría de la gente, carecía de significado la elección por parte de los consumidores entre dispensadores competitivos de servicios. Todo el mundo conocía los problemas de los médicos generales y de los hospitales que, naturalmente, no querían usar, pero el remedio a esto se pensaba en general que estaba no en opciones de mercado alternativas, sino en dar los pasos oportunos para formar bien a los trabajadores, elevar su moral y mejorar los recursos en los puntos débiles.

8.- Ninguna de las decisiones que se adoptaban y pocos de los procedimientos técnicos que se empleaban podían protocolizarse del todo y las decisiones implicaban cierto grado de incertidumbre y duda, y todos los procedimientos se llevaban a cabo en un contexto que estaba en continuo cambio por el carácter creciente de los conocimientos.

9.- El NHS era, y sigue siendo, a pesar de los intentos de “industrializarlo”, una institución económica de trabajo intensivo. Cada nuevo aparato de diagnóstico o de tratamiento genera necesidades crecientes de personal más capacitado, capaz de controlar e interpretar el trabajo del mismo y de traducirlo a términos humanos, de modo que los enfermos puedan participar en las decisiones y en la promoción y el mantenimiento de la salud. Aunque los aparatos conlleven la necesidad de nuevos recursos técnicos también implican la necesidad de habilidades humanas más especializadas, particularmente capacidad de enseñar, que se aplican a través de interacciones personales que tienen como receptores personas

excepcionalmente vulnerables, no sólo de forma episódica, sino a lo largo de todas sus vidas.

Estas nueve características definen las diferencias fundamentales entre la vía socializante establecida por Bevan en 1948 para el NHS y la vía comercializadora por la que lo han conducido los gobiernos desde 1983. El impulso principal de la eficiencia industrial es producir más cantidad de un producto más barato con una mayor calidad percibida, más deprisa y a un coste más bajo. Esto se logra, primero, mediante la mecanización del trabajo humano (haciendo que la gente trabaje más como si fueran máquinas y menos como pensadores creativos). A continuación se substituye el trabajo humano por el de máquinas manejadas por un menor número de trabajadores. La llamada “atención médica gestionada”^{*} está destruyendo una de las más valiosas ventajas del NHS, que era la moral, el espíritu de unidad, el compromiso social y la imaginación de su personal y la buena voluntad de su público, al obligar a los trabajadores del NHS a someterse a este molde industrial y fragmentado de unidades que deben competir entre sí, en lugar de actuar en lo que era originalmente un servicio nacional orgulloso y unificado, y haciendo que se lleven a cabo funciones de apoyo para concertaciones con ánimo de lucro. También está degradando a la población a la que sirve el NHS, al hacer que pasen a ser consumidores preocupados sólo por lo que les apetece, en lugar de ciudadanos que tendían paulatinamente a asumir la condición de coproductores.

Hasta el momento, este proceso parece que, o bien ha paralizado más o menos la resistencia, o bien sólo ha encontrado respuestas defensivas por parte de los sindicatos, en prácticamente todos los países que se han sometido al mismo, incluso aunque ningún gobierno haya conseguido aún un apoyo positivo de una mayoría de su población para llevar a cabo tal “reforma”²⁶. Mientras, se hace cada día más evidente una crisis más

* “Managed care”, en inglés. Sistemas de organización de la atención, múltiples y variados, organizados de manera ajena a la relación médico-enfermo que se aplican frecuentemente en USA y que consisten básicamente en establecer unas pautas de actuación predeterminadas y tasadas y así lograr un menor coste y una pretendida mayor calidad. (*N. del T.*)

global de una sociedad que se desintegra y no es sostenible, los gobiernos se están bloqueando su vía de escape más accesible y están traicionando a sus electores. Pero, ¿por qué lo están haciendo?

HENRY FORD: NADA TIENE TANTO ÉXITO COMO EL ÉXITO

Puede que el capitalismo no sea hermoso, pero suministra las mercancías. Las cosas mejoran, incluso si, por ello, la gente empeora. Henry Ford logró aumentos colosales de la productividad substituyendo el trabajo humano por máquinas siempre que le fue posible. En los lugares y en los momentos en que no lo era, repartía a los individuos según sus diferentes habilidades y experiencias en distintas unidades elementales, perfeccionando cada una de las actividades aisladas que eran necesarias, pero eliminando en conjunto todas las demás de cada una de esas unidades, de modo que la actividad humana se fuera pareciendo cada vez más al trabajo de las máquinas, perdiendo su individualidad y su carácter local, pero logrando enormes reducciones de costes y mejoras en precisión y productividad. Una vez que se ha dado este paso, el siguiente es obvio: substituir las funciones humanas que aún quedan por las de máquinas más y más complejas que ahora poseen ciertos elementos de “inteligencia”. Que yo sepa, todavía no existe el primer coche fabricado de principio a fin por completo sin trabajo humano, pero podemos estar seguros de que existirá en un futuro previsible.

Aunque los coches fascinaron a Ford, no supusieron su producto final. No se trataba de un aristócrata diletante que pagase su producción de su propio bolsillo, tuvo que atraer inversores logrando ganar más dinero para ellos que el que podían obtener en cualquier otro sitio en un mercado competitivo para el capital. Hacer coches fue su particular manera de conseguir dinero para sus socios. Los automóviles que fabricó se convirtieron por sí solos en el arma más devastadora del capitalismo mundial. Los autos de los que eran dueños los trabajadores se convirtieron en la imagen más poderosa de la sociedad estadounidense. Eran casi impensables en cualquier otro país hasta después de la Segunda Guerra Mundial, excepto

en la Alemania de Hitler, donde se aplicaron de forma muy activa los mismos principios. En medio de la depresión económica de 1929, refugiados hambrientos de la desierta Oklahoma huyeron a California a bordo de sus Ford modelo T y, hoy en día en Ohio, los nuevos parados de Estados Unidos usan comedores sociales colectivos a los que se accede sin bajarse del coche. No hay punto de comparación con las latas con ruedas que se producían, con un coste humano incluso mayor, en los países que intentaron desarrollar las economías socialistas bajo el modelo soviético. El capitalismo, sin mover un dedo, ha ganado la guerra de la producción de bienes de consumo.

Pero la ha ganado a un precio. Funciona eliminando del proceso de producción todo lo que sea humano y creativo, y eventualmente, excluyendo el trabajo mismo. Las personas pierden su significado como creadores y productores. Se les otorga un valor y pueden incluso llegar a aplicarse un valor a sí mismos y a los demás, principalmente por lo que adquieren y consumen y no por lo que producen. En el mundo económicamente desarrollado ésta ha sido la experiencia habitual a lo largo de dos siglos. Las habilidades profesionales que daban a las personas la dignidad y la autoestima que obtenían por su trabajo útil y creativo se sometieron primero a los requerimientos de las fábricas y de la producción y distribución mecanizadas y luego se eliminaron. Los médicos y las enfermeras son los últimos colectivos profesionales a los que se ha metido a la fuerza en este embudo. No les gusta, pero tampoco les gustó a los tejedores manuales, a los grabadores, a los ebanistas ni a otros hábiles artesanos del siglo XVIII, cuando sus habilidades dejaron de valorarse y tuvieron que buscar trabajo en las minas y en los molinos. Ni tampoco les gusta a los granjeros y labradores de subsistencia de todo el mundo que pueden pasar hambre a menor precio con las judías cocinadas en lata que con lo que cultivan pero no pueden vender. Estos descendientes de los artesanos británicos del siglo XVIII están mucho mejor, sin lugar a dudas, hoy en día, desde el punto de vista material, pero en todo los demás órdenes, la mejoría es menos evidente.

Justificar que el ejercicio de la Medicina o de la Enfermería no se incluya en este aparentemente inevitable y universal proceso histórico requiere un conjunto de evidencias poderoso que pueda expresarse en términos económicos tangibles. Si la industrialización y la comercialización de la sanidad pueden lograr una productividad y reducir los costes en un grado comparable a lo que consiguió Henry Ford para sus autos, esas políticas ganarán la batalla. Ni las protestas con las manos en alto por parte de las conciencias más sensibles, ni la ruptura de máquinas por parte de los hábiles artesanos condenados a la ruina pudieron parar a los pioneros de la industrialización de comienzos del siglo XIX, ni declaraciones similares en nombre de una sanidad personalizada y humana resistirán a la industrialización de la atención sanitaria en el XXI.

Los mercantilistas insisten convencidos en que la competencia y una gestión más agresiva elevarán la productividad en la sanidad como lo hicieron con la producción de autos, sin que disminuya en absoluto la calidad. Prometen, sin ningún género de duda, que la calidad va a mejorar. Ya veremos. De momento, hay poca evidencia convincente de que la industrialización de la sanidad pueda hacer cumplir esta promesa y multitud de razones, así como una evidencia creciente de que no lo va a poder lograr.

El pensamiento social y económico de Henry Ford era poco refinado. Ningún economista sugiere hoy en día que la atención sanitaria deba funcionar por procedimientos que recuerden a la fabricación de coches. Los fundamentos de la moderna macroeconomía, desarrollados por J.M. Keynes y Joan Robinson en Cambridge, daban por supuesto que los servicios públicos producen valor y que la intervención del gobierno, la inversión por parte del mismo y la existencia de un sector de bienes públicos, fuera del mercado, en los campos de la sanidad y de la educación eran esenciales, a causa de la incapacidad del mercado para generar esas funciones sociales para el conjunto de la población. Ningún economista de la salud contemporáneo apoya abiertamente a los pocos que defienden la total mercantilización de la sanidad²⁷. Asimismo, ninguna entidad con ánimo

de lucro desea hacerse cargo de todas las funciones actuales del NHS. Les gustaría simplemente cooperar en esas funciones que consideran más apropiadas para] los conocimientos y recursos que las mismas pueden ofrecer, que también resultan ser las más lucrativas, las más fáciles de convertir en bienes de consumo de tipo industrial y las que conllevan menos riesgo para los inversionistas. Todo esto es cierto y estos economistas todavía muestran un profundo respeto al Profesor Milton Friedman, decano de la escuela de Economía de Chicago, quien todo el mundo admite que ha dominado el pensamiento económico, incluso desde que, en los años ochenta, volvió a ser respetable la idea de volver a poner los servicios públicos de nuevo en manos del mercado. Respecto a este tema, Friedman tuvo que decir lo siguiente:

“Pocas actitudes pueden minar tan profundamente las principales bases de nuestra sociedad libre como la aceptación por parte de los dirigentes empresariales de cualquier responsabilidad que no sea ganar la mayor cantidad posible de dinero para sus accionistas”²⁸.

Esta afirmación formaba parte del conjunto de ideas por las que Friedman fue galardonado con un Premio Nobel²⁹, luego tiene cierta autoridad. Todos nosotros, incluidos los economistas de la salud que todavía defienden la continua comercialización del NHS, necesitamos enfrentarnos al hecho de que, en las tres últimas décadas, los fundamentos de su pensamiento han vuelto en gran medida a las mismas simples y brutales, pero efectivas, ideas utilizadas por Henry Ford y sus sucesores, expresadas con igual crudeza por los presidentes de los Estados Unidos y empleadas por los medios de comunicación y los políticos que utilizaron Henry Ford, que han utilizado los presidentes de los Estados Unidos y han empleado los medios de comunicación y los políticos como las bases de los supuestos simplistas que ellos presentan al público general como un hecho irrefutable.

EL ECLIPSE DE LA ECONOMÍA KEYNESIANA

No siempre fue así. Desde 1945 hasta finales de los años setenta y principios de los ochenta, los economistas podían argumentar que sus ideas proporcionaban una alternativa más compleja, más civilizada y más útil y que Friedman y su mentor Hayek pertenecían irreversiblemente al pasado³⁰. Desde 1948, ha habido, incluso un poderoso grupo de presión contra el NHS, entendido éste como servicio público gratuito, intentando hacer que la atención sanitaria volviese lo más posible al mercado pero, hasta principios de los ochenta, los miembros de este grupo suponían una fuerza política de escasa importancia. Hasta finales de los setenta, todos los partidos políticos en el poder o cercanos al mismo aceptaban la modificación de J.M. Keynes de la teoría económica clásica que reconocía que un funcionamiento sostenible del sistema capitalista requería algunos gastos e inversiones socialmente necesarios que ningún mercado podía proporcionar, simplemente con el fin de mantener una sociedad estable, dentro de la que los trabajadores pudieran crear riqueza y los capitalistas acumularla y era de esperar que invertirla para lograr un progreso social útil.

A diferencia de Joan Robinson, Keynes no era socialista. Su Teoría General, publicada en 1936 se escribió para modificar la economía clásica de forma que pudiera obviar la crítica fundamental de Marx y establecer de nuevo la fe en la economía capitalista, tras el hundimiento de Wall Street de 1929 y la consiguiente crisis mundial, que fue tanto ideológica como económica. Keynes y Robinson acuñaron el concepto de Producto Interior Bruto (PIB), lo que representa un paso adelante enorme hacia las economías nacionales reguladas³¹. En esta idea, introdujeron un error fundamental. Comoquiera que entonces no se disponía de cifras para medir los beneficios de los servicios públicos de sanidad, de educación y sociales (ni se dispone de ellas ahora), para poder continuar su tarea más importante, establecieron conscientemente el falso supuesto de estimar que la aportación de dichos servicios al PIB era igual a la suma de lo que los mismos costaban al gobierno. Obviamente, dejaban de tener en

cuenta el valor añadido por parte de estos servicios públicos, aunque tanto Keynes como Robinson reconocían que, de hecho, producían valor añadido. Los valores que generaban no eran bienes de mercado, por lo que tenían que medirse de otra forma que nadie intentó desarrollar. Ahora hay algunos intentos de hacerlo que pueden abrir nuevas posibilidades importantes, pero la mayor parte de este error fundamental persiste.

La incapacidad internacional de hacer inversiones sociales después de la Primera Guerra Mundial fue una de las principales causas subyacentes en el cúmulo de eventos que culminaron en la Segunda Guerra Mundial y, eventualmente, del rechazo popular al Partido Conservador en la elecciones generales británicas de 1945, a pesar de la aparente superioridad de Winston Churchill como dirigente. En 1945, para tener alguna esperanza de ser reelegidos para gobernar, los partidos conservadores de antes de la guerra de toda Europa, la inmensa mayoría de los cuales habían participado de forma entusiasta en el imperio de Hitler, tenían que reinventarse a sí mismos, cambiar de nombre y reorganizarse en torno a sistemas de estado de bienestar y de mercados regulados³². Durante las tres siguientes décadas, los partidos conservadores compitieron con los socialistas, los socialdemócratas y los comunistas en su compromiso de pleno empleo, vivienda social, educación en masa, bienestar social y servicios nacionales de sanidad. Estados Unidos fue la excepción³³, porque allí nunca arraigaron las ideas socialistas con profundidad, excepto en unas pocas áreas industriales, aisladas y amenazadas hasta su desaparición en los primeros años cincuenta. De hecho, la guerra había enriquecido su economía en lugar de empobrecerla y la ausencia de ocupación nazi no había permitido que se identificase a sus políticos más conservadores colaboracionistas³⁴. Incluso allí, sin embargo, los trabajadores industriales necesitaban ver con sus propios ojos una elevación continuada de su nivel de vida para aceptar que el capitalismo era su mejor opción, y la vieron.

Los cimientos para este consenso social empezaron a cambiar a principios de los años setenta. Por lo general, ese cambio se atribuyó por completo a la crisis económica que surgió cuando los países productores de

petróleo empezaron a establecer precios convenientes para sus gobernantes, en lugar de serlo para las compañías petroleras de Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia y Holanda. Aunque, sin lugar a dudas, esto causó dificultades importantes a las economías occidentales, reduciendo sus posibilidades de derivar parte de sus beneficios para el bienestar social financiado con impuestos, un factor más poderoso fue la entonces decreciente competencia ideológica que representaban la URSS y sus economías satélites. Esta competencia había sido anteriormente seria. En 1913, el imperio zarista, con un 9,4% de la población mundial, generaba el 3,6% del producto industrial del mundo. En 1986, la URSS, con menos del 6% de la población del planeta, generaba el 14,6% de su producto industrial. Aunque la URSS había sufrido 27 millones de muertes (entre ellas un 80% de varones de entre 18 y 25 años de edad), había perdido el 50% de su industria y la otra mitad había cambiado de localización en medio de la guerra, hasta los años setenta, su economía creció más deprisa que la de Estados Unidos que, en lugar de reducirse a la mitad, se había duplicado con la guerra y que no habían sido bombardeados ni invadidos y cuyas pérdidas de capital humano totales en el periodo de la contienda habían sido alrededor de 300.000 personas solamente³⁵.

Hasta los años setenta, las economías desarrolladas capitalistas, con una poderosa competencia ideológica, contrarrestada en gran medida con las mejoras mantenidas del nivel de vida de sus clases trabajadoras y con inversiones en educación, bienestar social y atención sanitaria. Estos dos tipos de ventajas fueron substanciales. En el momento en que todas las economías industriales empezaron a cambiar y, en lugar de productos relativamente primitivos, producir otros más complicados y elaborados, que necesitaban más preparación y que requerían una rápida capacidad de cambio en la información y el pensamiento, el carácter poco elaborado de la economía soviética fue cada vez más evidente para todo el mundo, incluidos los mismos rusos de a pie. Una parte creciente de las nuevas clases rectoras soviéticas, que habían accedido al poder en los años treinta, vieron que tenían oportunidades de utilizar las inversiones públicas para apropiarse personalmente de ellas y evolucionaron sin derramamiento de

sangre del capitalismo de estado, creado por la URSS, al capitalismo de bandidos que prevalece en Rusia desde 1991³⁶. Aunque el colapso final del comunismo soviético no llegó hasta 1990, los políticos conservadores, que personalmente ignoraban los caminos que habían recorrido sus partidos en todo el mundo en 1945, se dieron cuenta enseguida de que el socialismo (tal como ellos lo entendían) no seguía siendo una fuerza política seria. Las conductas keynesianas habían sido siempre esencialmente políticas, no económicas. Las razones importantes para adoptarlas habían desaparecido porque estaban pasadas de moda. En Gran Bretaña, no fue Margaret Thatcher la primera que anunció su funeral, aunque, en términos generales, se le haya atribuido ese mérito, sino que fue Jim Callaghan, el primer ministro laborista a quien ella substituyó³⁷. Habiendo perdido ya la fe en su propio mensaje, el viejo laborismo abrió la puerta a un regreso al capitalismo sin regulación, e invadió cada rincón de la sociedad en búsqueda de nuevos mercados. Margaret Thatcher lo vio, lo aprovechó y estableció el programa que ha seguido siempre desde entonces cualquier partido que ha alcanzado el poder.

UN MERCADO NUEVO Y SIN LÍMITES

Para los gobiernos, la apelación a la mercantilización se basa no sólo en la promesa de una mayor productividad, real o pretendida, sino en las ganancias que la misma puede crear para los inversionistas y en el deseo de liberarse de sus propias responsabilidades en el cumplimiento de las promesas que hizo Bevan en 1948, que ni pueden poner en práctica sin que se molesten quienes les financian, ni pueden repudiarlas abiertamente sin perder a sus activistas y votantes.

Se llama en general “atención médica gestionada” a la transformación del NHS desde ser un servicio público a convertirse en un modelo industrial. Richard Smith, cuando era editor del *British Medical Journal* y todavía se resistía a la mercantilización de la atención sanitaria, describió bien este nuevo invento internacional:

“En septiembre de 1996, los dirigentes de la “atención médica gestionada” de Estados Unidos se reunieron en Ciudad de Méjico para discutir las posibilidades de extender internacionalmente su negocio. La reunión la organizaron la Asociación Americana (Estadounidense) de Planes de Sanidad y la Academia de Estudios Sanitarios Internacionales. Las sesiones de trabajo se ocuparon de las oportunidades que se presentaban en Israel, Corea, Venezuela, Canadá, Méjico, Rusia, Francia, Singapur, Brasil, Nueva Zelanda, Australia, Puerto Rico, la República de Sudáfrica y Argentina. Los hombres de negocios que dirigían los planes de “atención médica gestionada”, con ánimo de lucro, no veían ningún motivo para no seguir el camino de sus otros colegas en negocios de otro tipo y competir a nivel mundial. Sin duda, no les quedaba más remedio que hacerlo. Wall Street esperaba que siguieran creciendo, lo que quería decir reclutar a mucha más gente para sus planes. Y, como afirmó un jefe ejecutivo de un plan sanitario, ‘dentro de nada, no vamos a tener bastante con los habitantes de Estados Unidos’. Los planes de “atención médica gestionada” implican a cien millones de estadounidenses...

No hay ninguna demostración fundamentada de que sus esquemas reduzcan el coste y aumenten la calidad. Por otra parte, el estudio científico de los planes sanitarios es difícil porque cambian muy deprisa. Pero en Estados Unidos parece que se da por supuesto que la proliferación de planes de “atención médica gestionada” ha parado el ascenso de los costes de su sanidad, por primera vez en dos décadas... De este modo, quizá la “atención médica gestionada”, que ha surgido en un país con uno de los planes de sanidad más irracionales del mundo, acabe por exportarse a todo el globo. En el mismísimo momento en que cada vez más de entre nosotros nos alimentamos en las cadenas estadounidenses de comida rápida, vamos a recibir nuestra atención sanitaria, en cierto modo, mediante planes de “atención médica gestionada” estadounidenses”³⁸.

Aunque los inversores en planes de “atención médica gestionada” estadounidenses consideraron “que ellos iban a favor de la gente”, cuarenta millones de ciudadanos de ese país carecen por completo de seguro sanitario y su número no deja de aumentar. Los nuevos mercados no buscan personas necesitadas de atención sanitaria, sino consumidores que la demanden. La “atención médica gestionada” interrumpió, sin duda, una

terrorífica escalada previa de costes, pero lo hizo esencialmente eliminando el control de la atención sanitaria de las manos de los médicos y cirujanos, que tenían intereses económicos en estimular esta escalada, y poniéndolo en manos de organizaciones sanitarias cada vez más amplias, más remotas, más poderosas y más despiadadas. Éstas están estrechamente vinculadas a compañías de seguros que, a su vez, invierten bastantes millones de dólares al mismo tiempo en los dos partidos políticos, con la finalidad tanto de garantizarse su inmunidad respecto a la propiedad del estado, como de obtener cualesquiera subvenciones que necesiten para mantener sus provechosos negocios con el mínimo riesgo. Tras décadas de crecimiento estable de los costes, la “atención médica gestionada” ha detenido el gasto sanitario total de Estados Unidos que está un poco por debajo del 15% de su producto interior bruto (PIB), comparado con el 8 – 9% en los sistemas sanitarios europeos occidentales que, a diferencia del de Estados Unidos cubren a todos los ciudadanos³⁹. Los costes tanto de los medicamentos como de todas las intervenciones clínicas son mucho más elevados en ese país que en Canadá o el Reino Unido y, a pesar de la “atención médica gestionada”, están subiendo de nuevo, pero esta vez para enriquecer a las compañías de servicios sanitarios en lugar de que se enriquezcan los médicos y cirujanos que actuaban como empresarios.

Comoquiera que los médicos del Reino Unido habían perdido ya, de antemano, el control de todo el negocio médico, excepto una pequeña porción, la “atención médica gestionada” aquí no podría lograr ahorros substanciales mediante la eliminación de actuaciones superfluas pero rentables, tal como han logrado hacer en gran medida las Organizaciones de Conservación de la Salud (“Health Maintenance Organisations” o “HMOs”, en Inglés) en Estados Unidos. El NHS había logrado ya enormes ahorros usando su poder como comprador único para reducir los precios de los medicamentos que, todavía ahora, están muy por debajo de los de Estados Unidos⁴⁰. El Reino Unido gasta ahora alrededor del 6% de su PIB en sanidad y se plantea aumentar el gasto hasta la media de la Europa Occidental, alrededor del 9%, en 2006. En términos de coste, desde 1948 hasta el día de hoy, ninguna otra economía desarrollada ha sacado tanto

rendimiento de tan poco gasto. En el Reino Unido los aumentos de productividad verificados, respecto a la generación de salud tendrán que conllevar la demostración de que la “atención médica gestionada” en un mercado competitivo funciona de manera más eficiente que el servicio público cooperativo, hace ya bastante tiempo establecido y que atiende a toda la sociedad.

Hasta ahora, los defensores de la “atención médica gestionada” orientada hacia el mercado han basado sus argumentos públicos en la fe, no en la demostración, pero los inversores tienen razones más fiables. Si se pudieran separar los componentes potencialmente lucrativos de la atención sanitaria (principalmente las “reparaciones rutinarias” del cuerpo y su mantenimiento) de los que, hasta ahora, han tendido a generar pérdidas (principalmente las urgencias y la atención continuada a enfermedades complejas), esta visión limitada de la sanidad podría llegar a ser extremadamente lucrativa en medio de un mercado susceptible de crecer hasta el infinito. La sanidad ahora promete añadir años de vida, promesa que, por primera vez, se apoya en la demostración convincente de que es real. Con sus tratamientos y técnicas que modifican la mente y reparan el cuerpo, puede alargarse la vida, hacerla menos dolorosa y, al menos en apariencia, más hermosa, en todos los aspectos que se han puesto de moda. Tales promesas son en la actualidad factibles y el no ser capaz de cumplirlas puede llevar a que se acabe en los tribunales. Comoquiera que ha llegado un momento en el que la cuantía de las ganancias que virtualmente puede producir cualquier otro artículo de mercado disminuyen a largo plazo de manera continuada, la vida añadida puede ser el producto último que se venda en el último mercado. Esta perspectiva puede intoxicar, de modo que muchos inversores están intoxicados, y contagian con facilidad a los periodistas y políticos que les prestan atención.

SEPARACIÓN DE CURACIÓN Y ATENCIÓN

Aunque durante unos pocos años los planes de “atención médica gestionada” en Estados Unidos fueron sin duda muy rentables, no tardaron

en encontrar dificultades cuando resultó que tenían que proporcionar atención continuada a los enfermos crónicos, en lugar de realizar reparaciones episódicas a personas, por lo demás sanas, en las que alguna parte concreta del cuerpo había fallado o parecía estar en riesgo de hacerlo. En 1998, más de cuatro de cada cinco médicos estadounidenses ejercían en Organizaciones de Conservación de la Salud (HMOs, en Inglés) que llevaban a cabo planes de “atención médica gestionada”. Las HMOs se dieron cuenta de que, en la práctica, sus negocios dejaban de producir ganancias si más del 65% de sus consumidores asegurados reclamaban ser atendidos en el periodo de un año⁴¹. Los cuidados superfluos para los sanos hipocondríacos eran rentables porque las técnicas que había que aplicar y los resultados que se obtendrían con ellas eran previsibles y se podían reducir los costes mediante la producción en masa por parte de compañías competitivas que llevasen a cabo actuaciones especializadas fragmentadas. En el extremo opuesto, se encuentran las necesidades extremadamente complicadas y escasamente predecibles de los enfermos con múltiples enfermedades crónicas, que son susceptibles de poderse estabilizar o incluso recuperarse mediante una atención continuada, asidua e imaginativa, por parte de los médicos generales, apoyados con ocasionales derivaciones a los especialistas. Esto requería médicos generales que trabajasen en la comunidad, con conocimientos de su área y de las personas de la misma, así como especialistas hospitalarios. Los planes de “atención médica gestionada” compiten ahora entre sí para captar a personas sanas y rechazar a los enfermos que no son rentables, cuando discuten cada año la atención médica de la familia, que los ciudadanos tradicionalmente consideraban un contrato para toda la vida⁴².

Los inversores de las compañías de atención sanitaria ven ahora que hay pocas oportunidades rentables en la atención continuada de los enfermos y discapacitados. Hay un nuevo descubrimiento. En los años ochenta, el NHS renunció a su responsabilidad de atender a los ancianos enfermos y, sin que mediara mandato electoral alguno ni ninguna discusión pública seria previa, la transfirió a residencias de crónicos (“*nursing homes*”, en inglés) de gestión privada⁴³. Se daba de alta de los hospitales

del NHS a las personas muy enfermas, a menudo en contra de su voluntad y de los deseos de sus familiares, para que buscaran la atención que pudieran pagarse bien en residencias municipales (que, a diferencia del NHS, tenían que cobrar por la asistencia) o en residencias asistenciales privadas. La responsabilidad de la atención institucional de los crónicamente enfermos y de las personas dependientes se transfirió casi por completo del NHS a las autoridades municipales, a las que la ley obligaba a prestar la asistencia al menos en el 80% mediante residencias privadas de enfermos crónicos, por lo que muchas residencias municipales se cerraron. Más de la mitad de las camas sanitarias del Reino Unido están en la actualidad en residencias privadas de crónicos, fuera del NHS, aunque este proceso de destrucción es difícil saber por dónde va, pues el gobierno ya no reúne de modo centralizado los datos de todos establecimientos.

Al igual que sucede con las HMOs, estas residencias, serían rentables en tanto en cuanto sus clientes fueran y con capacidades disminuidas, pero esencialmente sanos, pero no tardarán en dejar de serlo si tienen que proporcionar a sus trabajadores los niveles profesionales y de experiencia que se precisan para atender a las personas con incontinencia, los que no pueden alimentarse solos o los que sufren demencia progresiva. Su respuesta natural ha sido, en primer lugar, rechazar a este tipo de pacientes o remitirlos a los hospitales del NHS como casos agudos y luego no aceptarlos de nuevo, o bien condenar a la desmoralización en que tan frecuentemente se encuentran los inspectores de los municipios, cuando ven que, sencillamente, los niveles profesionales y de experiencia necesarios. La inflación en los precios de los locales de las residencias despegó en los años noventa, de modo que vender estos grandes edificios resultó más rentable que tenerlos en funcionamiento como residencias de crónicos. A diferencia del NHS, los proveedores con ánimo de lucro no tenían obligación legal de proporcionar un servicio si no lo encontraban rentable. Miles de residencias de crónicos, en especial en el sudeste de Inglaterra se cerraron simplemente porque su rentabilidad como meros edificios excedía con mucho a la que tenían como residencias. Si se trataba de un experimento para ver cómo afecta la privatización a un gran servicio público, la lección

está clara: no se puede confiar en los inversores privados para prestar servicios públicos. Si el mercado, además de rentables, hubiese hecho las tareas mejor, nunca se hubiesen inventado los servicios públicos.

Una lección a la que los inversores prestaron más atención fue no implicarse en la atención continuada a los problemas crónicos complejos. El proyecto que está actualmente planteado para discutirlo públicamente se refiere a la separación de las funciones curativas del NHS (en esencia contempladas como reparaciones humanas episódicas o simple mantenimiento, que requieren el uso intensivo de la tecnología y son potencialmente rentables) de sus funciones de atención o cuidado (cuyas actividades requieren mucha mano de obra, la rentabilidad es baja y los riesgos no predecibles son muchos). La mayoría de las tareas de atención continuada se quedarán probablemente en lo que quede del NHS, cuando las empresas concertadas se hayan apropiado de todo lo que quieran⁴⁶.

CONCEPTOS DE ENFERMEDAD

Una consecuencia mucho más sutil, pero igual de dañina, de la separación de la curación y la atención es que puede retrasar durante varias generaciones la aplicación racional a los problemas de salud de los nuevos conocimientos de biología humana, tal como se dan en la realidad y no como se muestran en los libros de texto. La forma en la que, tanto los profesionales como los enfermos, pensamos a propósito de la enfermedad y de cómo debe tratarse y prevenirse se estableció, en gran manera, en el siglo XIX, cuando el paradigma predominante de los cuidados personales ya se había establecido como una serie de transacciones entre un proveedor y un consumidor en un mercado profesional y por el estado del pensamiento biológico de la época, dominado por la descripción y la taxonomía. Este pensamiento favorecía mucho la personificación de la enfermedad – la consideración de las enfermedades como algo independiente de las personas que las padecían, como si fuesen una especie de parásitos invasores, a los que se podía atacar como entes independientes del enfermo (lo que fue una idea importante y transitoriamente fructífera que

discutiremos más ampliamente en el capítulo 3). En los años sesenta, los médicos comenzaron a darse cuenta de que la mayor parte de las enfermedades que se ven en los países con economías avanzadas no son invasiones. Los cánceres, la diabetes, la enfermedad cardíaca coronaria y la mayoría de las enfermedades mentales, por ejemplo, resultaban ser más o menos inseparables de sus portadores humanos. Tales procesos implicaban bien un envejecimiento prematuro de las células, o bien respuestas del comportamiento frente al medio ambiente o, las más de las veces, una combinación de ambas cosas. No era posible enfrentarse a tales problemas sin un conocimiento biológico y social muy detallado y complejo de cada persona individual, así como de sus enfermedades. Su tratamiento efectivo requería un duro trabajo mantenido por parte de los enfermos como coproductores de su propia terapia y de la conservación de su salud que, a su vez, dependía de una comprensión elemental de lo que les estaba sucediendo – una instrucción sobre su salud personal.

Dondequiera que la atención a la salud pudo desarrollarse como una tarea cooperativa constante a lo largo del tiempo, protegida de las presiones económicas y accesible a las poblaciones enteras y no sólo a clientes autoseleccionados, esta transición hacia una visión más compleja de la misma progresó de manera permanente. Daba la impresión de que proporcionaba un paradigma capaz de emplear los nuevos conocimientos médicos que requerían una participación inteligente e informada por parte de los pacientes, en la toma de decisiones relativas a su salud presente y futura que, a su vez, debía integrarse en las políticas de salud pública. Todo esto se ve ahora amenazado por una regresión a una cultura política y de los medios de comunicación que se preocupa casi exclusivamente de las episódicas reparaciones del cuerpo, en la que los enfermos se convierten en consumidores críticos y muy exigentes, pero pierden todo el progreso que habíamos hecho hacía el entendimiento compartido de las complejas causas de las enfermedades y de sus igualmente complejos tratamientos, que de hecho conllevan cambios en el comportamiento personal y social que van más allá de la simple aceptación de una operación o de la toma de unas tabletas.

PASOS NECESARIOS PARA TRANSFORMAR LA ATENCIÓN POR PARTE DEL NHS EN UN NEGOCIO RENTABLE

Colin Leys⁴⁷ identificó cuatro pasos esenciales necesarios para la transición desde un proceso de servicio público a una serie de transacciones mercantiles, o sea, la esencia de la “reforma”.

1. Los servicios tienen que dividirse y configurarse de nuevo como unidades productoras de mercancías que resulten vendibles en forma de paquetes y más o menos normalizados – la modificación conjunta de los servicios.
2. Hay que convencer como sea al público para que prefiera obtener los servicios en esta nueva forma de “mercancías”.
3. Deben configurarse y motivarse de nuevo las plantillas existentes para que generen estas “mercancías” para el beneficio de empresarios que funcionan para obtener rentabilidad.
4. Hay que mantener los servicios públicos aunque no sean rentables, porque los riesgos de los inversores privados deben limitarse mediante garantías continuadas por parte del Estado.

En otras palabras, las nueve características del NHS que he mencionado, que hacían de él una organización económica de ámbito nacional, independiente de los negocios, diseñada para resolver las necesidades sociales, en lugar de lograr la rentabilidad máxima, pueden reducirse a su mínima expresión o eliminarse. A pesar de todas las ventajas que aducen los “industrializadores” y los “comercializadores”, se ha probado que estos cuatro pasos son difíciles y políticamente peligrosos para todos los políticos que, hasta la fecha, han osado iniciarlos, porque esas nueve características positivas eran y son todavía exactamente lo que hizo que el NHS fuera querido por la nación como no lo fue ninguna otra institución.

De los cuatro pasos que señala Colin Leys como esenciales para la competencia interna, sólo el primero tiene un atractivo substancial para

los votantes, y esto sólo porque ha proporcionado un medio rápido y creíble para acortar la cola para las intervenciones quirúrgicas y diagnósticas electivas⁴⁸. Las entidades empresariales pueden prestar estos servicios de manera rentable porque ya los han prestado episódicamente, de modo más o menos normalizado, y ya existe un mercado competitivo para fijar los precios y hay una estrecha supervisión para asegurar la protección de la calidad frente a la competencia en el precio. El sector privado tiene una importante capacidad que no emplea (por lo menos un 50% de exceso de capacidad antes de las “reformas” del NHS) y para incrementarla puede contratar trabajadores con experiencia del NHS⁴⁹. Con el apoyo del gobierno, el sector privado ha sido, por lo tanto, capaz de vender sus posibilidades excedentes a un coste marginal, aunque, de hecho, los compradores del NHS se han visto obligados a pagar precios más altos a este sector que a sus propias unidades, por llevar a cabo el mismo trabajo.

En contra de lo que se esperaba, entre los nuevos proveedores de antemano preferidos por el gobierno no se han incluido compañías privadas ya establecidas como BUPA*, Capiro o HCA, ni se ha preferido a las británicas en lugar de las compañías multinacionales. De los siete aspirantes a contratos del NHS con éxito en 2004, cinco tenían su sede principalmente en Estados Unidos y uno en República de Sudáfrica. Sólo uno era completamente británico⁵⁰. Las organizaciones de asistencia privada británicas se han interesado tradicionalmente por los consumidores que constituyen el 5% de la población con mayores rentas, que sólo usaban el NHS para los servicios muy especializados que el sector privado era incapaz de prestar. Sus consumidores eran ricos, de modo que podían sufragar los elevados gastos. Nunca se interesó en serio por el mercado masivo que representan los dos tercios de la población de rentas más bajas. Por el contrario, esta situación era conveniente para estas compañías multinacionales y para los médicos consultores a tiempo parcial que prestaban servicios, al mismo tiempo, a las mismas y al NHS, que tienen poco en cuenta

* La propietaria de la española SANITAS (N. del T.)

los conflictos de interés, para poder mantener indefinidamente un doble servicio público-privado.

Sin embargo, desde 1948, la única vía por la que se llevó a la mayoría de la gente del Reino Unido a tomar en consideración a la asistencia privada no era porque ésta fuese mejor, sino porque ya no se accedía al servicio del NHS cuando y donde se precisaba de él, es decir, no la vía de persuasión sino la de la coacción. En los años setenta, todos los enfermos y todos los médicos generales sabían que cualquier paciente derivado, por ejemplo, para cirugía ortopédica electiva, era susceptible de sufrir una lista de espera de entre dieciocho meses y tres años y podía verle el mismo especialista consultor al cabo de una semana, sencillamente pagando los honorarios de una consulta privada. Si se seguía este camino, enseguida se produciría un ingreso urgente en el hospital, pues esos especialistas podían encontrar razones para justificar una prioridad urgente, porque todo estaba en sus manos, sin ningún criterio previamente acordado⁵¹. Esta situación podría haberse frenado por parte de cualquier gobierno que hubiese tenido el coraje de establecer una diferencia substancial de sueldos entre los especialistas con dedicación exclusiva y los de tiempo parcial, pero ningún gobierno materializó esta decisión.

Respecto al tercer punto de Leys, la reorganización de las plantillas, se había sometido a los trabajadores de los hospitales que no eran médicos ni enfermeras a este proceso destructivo hacía tiempo. En los años ochenta, todos los trabajadores con categoría inferior a la de enfermera se vieron impulsados a competir con los de las empresas privadas para ocupar sus propios puestos de trabajo y, o bien continuar, con salarios incluso más bajos y peores condiciones que los que tenían antes, o bien verse obligados a aceptar un nuevo patrono dedicado, en principio, al lucro en lugar de al servicio. Todos los posibles beneficios relativos a eficiencia derivados de este proceso se han hecho virtualmente ya. Según Duncan Nicholl, que fue en su momento Jefe Ejecutivo del NHS, los gastos per capita en el NHS aumentaron casi en un 30% entre 1982 y 1991, frente a un 16,5% de crecimiento de la economía en su conjunto, antes de que el proceso de

comercialización del NHS se disparase⁵². Entre 1982 y 1995 hubo un aumento de un 32% de pacientes ingresados en el total de las especialidades, a pesar de una disminución de un 25% en el número de camas, un aumento de un 250% de ingresos de un día y un 81% de incremento en el rendimiento de cada cama de agudos. Hubo un aumento de un 58% en el número de casos por 1.000 habitantes en el total de las especialidades y un 54% en el caso de las especialidades de carácter agudo. La actividad de hospitalización aumentó globalmente en más de dos tercios⁵³.

Estos aumentos de productividad se obtuvieron a un colosal precio en términos de desmoralización y desmotivación del personal, con hospitales sucios, una consecuencia que era predecible⁵⁴. Hace veinte años, había alrededor de 100.000 personas para la limpieza de los hospitales del NHS. En 2003-4, con las llamadas políticas de eficiencia, seguidas primero por los gobiernos conservadores y luego por los neolaboristas, este número ha bajado a 55.000, casi la mitad⁵⁵. Si los empresarios con los que se concierta tratan de exprimir aún más a los trabajadores del NHS que contratan para que compitan con sus antiguos compañeros, los efectos sobre su moral serán catastróficos pero, para satisfacer a los accionistas, estos empresarios tendrán pocas opciones adicionales. Con un 80% o más de los costes atribuibles a la mano de obra, las ganancias obtenidas mediante la atención sanitaria dependen de la reducción de esta cifra y de trasladar los beneficios en productividad a los sueldos y ganancias de la alta gestión. Existen fanáticos para quienes ningún miembro de las plantillas trabaja lo suficiente. Según Eric Caines, director de personal del NHS de 1990 a 1993, esta entidad necesitaba reducir aún su plantilla (incluidos médicos y enfermeras) en un 20% adicional, en términos generales⁵⁶, pero la explotación sistemática de los trabajadores y la industrialización de su trabajo tiene eventuales consecuencias que limitan las políticas de cualquier gobierno que aspire a ser reelegido. Una revisión sistemática llevada a cabo por parte de investigadores de la Universidad MacMaster y la de Buffalo (en la que se incluyeron quince estudios diferentes de 26.000 hospitales y treinta y ocho millones de pacientes entre 1982 y 1995) demostró que los enfermos de los hospitales con ánimo de lucro

tenían un 2% más de probabilidades de morir que los de hospitales de servicio público, tras la oportuna estandarización respecto a variables relevantes como la edad y la severidad de sus procesos^{*57}. La rentabilidad no es un incentivo eficiente para conseguir una atención sanitaria de calidad.

Primero las enfermeras y luego los médicos estarán en la primera fila para ser sometidos a una industrialización similar si continúa la política de explotación competitiva, reduciendo paulatinamente al NHS en Inglaterra de modo que, en lugar de ser un virtual monopolio de prestación de servicios, se convierta en un mero concertador de los mismos con múltiples empresas que compitan por la rentabilidad – una organización virtual que sólo se quedará con el cuadrilátero^{**} para que en él compitan los proveedores impulsados por el mercado. Siempre ha habido una minoría de médicos y de enfermeras que, aparentemente, son indiferentes al hecho de plantearse si sirven a todo el mundo en el NHS o a una parte de la población en la atención privada, no obstante, no tengo evidencia de que de que el rápido crecimiento del sector privado haya hecho que esta minoría aumente. Obviamente, si el sector privado crece, también lo harán las oportunidades de puestos de trabajo que el mismo ofrezca pero, en mi experiencia, la mayoría de los trabajadores del sector privado no pasan de ser, en el mejor de los casos, meros defensores egoístas de su nuevo empleo, cuando no están avergonzados por haber abandonado lo que, en su momento, contemplaron como un noble navío que ahora creen que se está hundiendo. Había un orgullo asociado al empleo en el NHS que nunca logrará ninguna empresa sanitaria, digan lo que digan sus portavoces de relaciones públicas. Cuanto más brillen sus folletos y más hábiles sean sus lenguas, menos creará la gente en ellos.

Las empresas existen para obtener beneficios para sus accionistas y salarios colosales para sus principales gestores⁵⁹. Lo sabe todo el mundo y es imposible ocultarlo. Estos beneficios tienen que venir de alguna

* En inglés case-mix, un término usado originalmente en Estados Unidos para agrupar enfermos por sus requerimientos de gasto, derivados de la severidad de sus problemas médicos (*N. del T.*).

** El autor emplea el término “ring” como “lugar donde se compete en boxeo” (*N. del T.*).

parte. Antes de la “Pre-reforma” no existían beneficios económicos en el NHS. Esta era la base de la confianza entre los profesionales sanitarios y los enfermos, que garantizaba que las decisiones clínicas estaban virtualmente libres de toda clase de presión económica en cualquier dirección. Aparte del fraude (un factor substancial y previsible siempre que el comercio se introduce en cualquier servicio público)⁶⁰, la única forma de aumentar beneficios que les queda a las empresas proveedoras de servicios es aumentar el rendimiento de las camas mediante presiones adicionales sobre los trabajadores⁶¹, la redefinición de sus tareas, orientándolas hacia las que sean rentables y suprimiendo las que conlleven costes financieros, y promover las ventas para aumentar la demanda.

Se están poniendo en manos de los médicos generales de Atención Primaria tareas profesionales que previamente estaban reservadas a los especialistas de los hospitales; las enfermeras se están haciendo cargo de responsabilidades técnicas de rutina que antes eran exclusivas de los médicos y se están creando nuevas titulaciones de auxiliares de enfermería para que asuman los aspectos menos técnicos de la atención que prestaba la enfermería. Esto es un campo de minas de intereses conflictivos, en el que los que gestionan esperan reducir los costes, diluyendo la labor de los expertos y los trabajadores, para ver un mayor desarrollo en la práctica de sus capacidades potenciales. Comoquiera que, con la adecuada preparación, la mayoría de los enfermos aprenden a tomar por sí mismos incluso decisiones complicadas y a aplicarse a sí mismos muchos procedimientos técnicos (por ejemplo, los diabéticos, los epilépticos o quienes están anticoagulados) la consecuencia es que, con suficiente entrenamiento, todos los trabajadores sanitarios de todos los niveles pueden hacer virtualmente lo mismo, pero la frase crítica es “con suficiente entrenamiento”. La formación requiere trabajo intensivo, cuesta tiempo y dinero y, en consecuencia, debe reflejarse en unos sueldos más altos. Los esquemas de gestión similares a los que se usan para los negocios han disipado mucha de la confianza mutua de la que depende este tipo de cambio. Sin embargo, como consecuencia de las restricciones de plantilla a todos los niveles, al menos para el futuro previsible, los trabajadores están en una relativa

posición de poder y, dentro del NHS, los augurios en el momento actual parecen buenos⁶². Si las empresas que pujan para hacer las tareas del NHS comparten los costes de esta elevación de categorías, la sustitución por parte de quienes asciendan en los trabajos de los que tenían una superior categoría y formación puede que no ofrezca muchas perspectivas de que se obtengan mayores ganancias. Lo más probable es que estas empresas proveedoras de servicios continúen contratando trabajadores que ya están formados por el propio NHS. Las maniobras iniciales de intento de regatear localmente los salarios han tendido a crear más problemas a los gestores que los que han resuelto. Han debilitado a los negociadores de los sindicatos nacionales, pero han animado el renacimiento de la militancia local que transformó a los sindicatos del NHS en los años setenta de ser pasivas “aguas estancadas” a convertirse en militantes “ondas de marea”. Puede que los empresarios inversores que esperan obtener fáciles ganancias de los servicios comercializados del NHS se decepcionen pronto.

El último punto de Leys, el que se refiere al riesgo compartido entre el gobierno y los inversores privados, se acordó, en principio, hace mucho tiempo, pero nunca se admitió con franqueza. Para la discusión pública, de todo el tema de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI), de los Consorcios Público-Privados (PPPs)* y otras ideas que el gobierno vendió o alquiló a los inversores privados, lo que se difundió fue que ellos aportarían el dinero y aceptarían los riesgos, mientras que los contribuyentes recibirían el mejor de los servicios que se supone que garantizan mejor las empresas privadas que las públicas. En la práctica, los inversores han cogido los beneficios⁶³ y han dejado a los contribuyentes la mayor parte de los riesgos, blindados por contratos a treinta o cuarenta años y protegidos de modo indefinido de cualquier supervisión pública detallada, gracias a la norma del secreto comercial que, a menudo, resulta difícil de comprender, incluso para los abogados que redactaron sus borradores⁶⁴.

* Private Finance Initiative (PFI) y Public-Private Partnerships (PPPs) en expresiones inglesas. Como las siglas se han hecho de uso muy generalizado, se conservan las originales en inglés. (*N. del T.*)

La idea de los PFI fue desarrollada primero por el gobierno conservador de John Mayor. Harriet Harman, dirigiéndose al parlamento como ministro de Sanidad en la sombra** del partido laborista, lo describió como una privatización: “Si el sector privado construye, posee, gestiona y dirige un hospital, eso quiere decir que el mismo se ha privatizado”. Antes de que pudieran poner en marcha la iniciativa, cayó el gobierno conservador, con lo que el nuevo laborismo adoptó los PFI (que se rebautizaron más tarde como PPPs [Consortios Público-Privados]) como “la mejor idea del mundo”, un medio de financiar los programas principales del NHS sin necesidad de endeudamiento público y de abrir nuevas oportunidades de inversiones rentables. El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio aprobaron, naturalmente, la idea. Esto fue razón suficiente para que se convirtiese en la política del partido laborista, incluso aun cuando ni una sola organización interna de los miembros del mismo ni de sus sindicatos afines lo hubiese sugerido jamás, sino que la mayoría se habían opuesto desde siempre.

Los costes financieros para el NHS de los proyectos de PFI oscilaban entre el 9,1 y el 18% de los costes iniciales de construcción de centros, mientras que el gobierno, con las reglas tradicionales del Ministerio de Hacienda, podía obtener préstamos a intereses entre el 3 y el 3,5%⁶⁵. Para asegurar su rentabilidad, los hospitales establecidos bajo las PFI han reducido las plantillas y las camas de manera sistemática por debajo de las necesidades previstas⁶⁶. La competencia por los enfermos, en su calidad de consumidores, entre hospitales que funcionan como unidades independientes de negocio, implica que hay ganadores y perdedores. Por otra parte, no puede permitirse que fracase ningún servicio público esencial, sin que ello conlleve que poner en peligro la reelección del gobierno que esté en el poder. A un hospital en bancarrota puede señalárselo con el dedo, avergonzarlo y humillarlo, pero al final hay que salvarlo de como sea, quizá con un nuevo grupo de inversores como propietarios, pero

** En el Reino Unido, el partido que está en la oposición forma una especie de gobierno paralelo al oficial, que se llama “gobierno en la sombra” (*N. del T.*).

siempre complementándolo con los fondos estatales que hagan falta para mantenerlo a flote. Para los hospitales del NHS los riesgos comerciales los asume su parte pública, igual que sucede con los ferrocarriles, con el túnel del canal de la Mancha, con el desarrollo de armamentos y con cualquier otra empresa demasiado grande y con demasiada importancia social como para que se pueda dejar que fracase.

Siempre, desde la introducción por la Sra. Thatcher de la conversión en mercado del NHS en los años ochenta, hemos tenido diversas formas de “mercado a medias”, “competencia a medias”, con reglas establecidas por el gobierno en colaboración con los expertos en industrias de las multinacionales, los banqueros y los cerebros expertos a sus órdenes. Cada vez más gente de fuera del NHS se ha hecho más rica, mientras que sus trabajadores se aprestan cada vez más deprisa a evitar la bancarrota de sus competitivas unidades.

LA ECONOMÍA DEL NHS ANTES DE LA “REFORMA”

Al ser la asistencia médica objeto de una demanda constante y universal que exige precios altos a quienes pueden pagarlos, la demanda a precio cero tiene que llegar a ser infinita y, dentro de poco, acarreará la bancarrota del servicio. Esto es lo que decía Frangcon Roberts⁶⁷ en 1952, en nombre de la teoría económica clásica. En el gobierno se hicieron eco de sus palabras primero Stafford Cripps y luego Hugh Gaitskell⁶⁸, ministros de hacienda de Attlee. El ministro conservador de sanidad, Enoch Powel apoyó esta opinión⁶⁹, y finalmente la consolidó bien Allan Williams, como piedra angular de su Escuela de Economía de la salud de York⁷⁰.

A pesar de la aparentemente evidente lógica que había en la teoría, la dura realidad seguía siendo que, durante más de tres décadas, el NHS no sólo había existido, sino que parecía haber prestado un servicio comparable o mejor que el de otros países desarrollados, con un costo inferior que el de la mayoría de ellos y un coste per capita de menos de la mitad del de la atención sanitaria en Estados Unidos, cuyo sistema tenía menos cobertura social y estaba más expuesto a las opciones del mercado y a la com-

petencia. Evidentemente, la teoría económica clásica no explicaba ni predecía el comportamiento en el mundo real de la atención sanitaria.

Los economistas no pueden aportar un solo ejemplo verdadero de una nación que haya dependido por completo de una economía competitiva de mercado para la atención sanitaria de toda su población. Tampoco pueden encontrar un solo ejemplo de que la demanda de atención sanitaria alcance el infinito. Ponerse en manos de los médicos e introducirse en los recovecos de cualquier sistema sanitario no es nunca una decisión simple o fácil, incluso si se eliminan los pagos directos. Había y sigue habiendo toda suerte de razones por las que la gente que necesitaba atención sanitaria en 1948 no se decidió a recibirla. Sólo una de esas razones, la económica, cambió en ese año en el que se suprimieron de forma efectiva los honorarios médicos⁷¹. Por supuesto, hubo un enorme aumento de demanda, porque el coste de la atención había disuadido a mucha gente de demandar tratamiento, de forma más llamativa a las madres de la clase trabajadora que habían parido y criado a muchos hijos y sólo ahora podían permitirse el lujo de estar enfermas o plantearse una operación. Durante los veinte primeros años del NHS hubo enormes listas de espera para operaciones ginecológicas de reconstrucción, colecistectomías por litiasis biliar, herniorrafias y operaciones de cataratas. Millones de mujeres que antes sólo habían consultado a sus médicos para sus hijos (e incluso, en este caso, para potenciales urgencias), comenzaron a consultar respecto a sus propios problemas. Hubo un enorme aumento de la demanda, de la carga de trabajo de los médicos generales y de las derivaciones a los hospitales⁷², lo que dio lugar a largas listas de espera para ingresar; pero esto se había previsto y era calculable y pudo plantársele cara al cabo de cierto tiempo, a pesar de que los recursos y la financiación fueron siempre insuficientes. En ningún caso alcanzó la demanda el infinito, sea cual fuere el significado de este término⁷³.

El pago directo por parte de los pacientes (inicialmente un abono simbólico por las recetas) se aplicó por primera vez en el NHS en junio de 1952, no porque la demanda estuviese llegando al infinito, ni porque el

gasto del NHS estuviera descontrolado, sino porque el comienzo de la guerra fría en 1948 puso en marcha una inmensamente costosa carrera de armamento nuclear insostenible para el presupuesto del Reino Unido en su conjunto, por lo cual el gobierno laborista decidió dar marcha atrás en gran medida en su programa social. Nye Bevan dimitió del gobierno por este motivo⁷⁴. El resto del gabinete, entonces como ahora, asumió las campañas de prensa que describían al NHS como un agujero sin fondo para el contribuyente, cuyo saneamiento sólo era posible por el camino de los pagos directos. Esto fue típico del derrotismo que llevó a la sustitución del gobierno laborista por el primer gobierno conservador de post-guerra, en 1951. Con la confianza de que la evidencia de que ellos disponían confirmaría estas suposiciones, el gobierno conservador creó una comisión para estudiar los gastos del NHS⁷⁵. El informe de la misma, el famoso “Informe Guillebaud”, no sólo no encontró ningún derroche en el gasto, sino observó que la financiación del NHS era insuficiente para llevar a cabo todas sus funciones esenciales. Comoquiera que el NHS era entonces muy popular, el ministro de Sanidad, Ian Macleod, recomendó un gran incremento en las asignaciones presupuestarias para el mismo que, a decir verdad, el gobierno conservador de Macmillan, que aún buscaba el consenso, aceptó eventualmente.

Desde julio de 1948 hasta junio de 1952 no hubo ningún tipo de pago directo por parte de los enfermos, ni para los médicos generales, ni para los especialistas, ni para los dentistas, ni para los ópticos, ni para ningún medicamento ni aparato que se recetara. ¿Cómo fue esto posible? En primer lugar, porque, por supuesto, la demanda no fue infinita, sino que, más o menos, reflejaba las cargas de enfermedad y las esperanzas del público respecto a lo que podía hacerse para aliviarlas. En segundo lugar, la adquisición en bloque centralizada redujo mucho el coste de muchas de las cosas que se consumían en el NHS, más claramente de los productos farmacéuticos. El coste de los fármacos para el NHS era, y sigue siendo, mucho más bajo en Gran Bretaña que en Estados Unidos, precisamente por esta razón. Organizar un monopolio estatal tuvo un gran sentido práctico. En tercer lugar, porque el NHS era una economía interna con presta-

ciones gratuitas de servicios que se ahorró las enormes cargas burocráticas que pesan sobre todas las empresas comerciales. Durante sus dos primeras décadas, los gastos administrativos del NHS oscilaron alrededor del 2% de los costes totales, subiendo a alrededor del 6% en 1974 cuando se le sometió a la primera transición hacia una gestión más ajustada. En ese nivel permanecieron hasta 1983, momento en el que el gobierno conservador empezó a impulsar la competencia de mercado en la economía interna del NHS. Los gastos de administración subieron gradualmente hasta alrededor del 12%, nivel en el que siguen hoy en día. Cada paso que se ha dado hacia el mercado ha aumentado los costes administrativos y la burocracia, las repetidas apelaciones de los conservadores para que el dinero se gaste en la atención en lugar de hacerlo en el papeleo han sido puras patrañas. ¿Cómo comparar esto con lo que sucede en Estados Unidos donde la “atención médica gestionada” ha tenido las manos libres para demostrar la superioridad natural que afirman sus defensores que tiene? En Estados Unidos, el coste medio de la administración sanitaria oscila alrededor de un 20% del total, según las estimaciones más bajas, aunque la mayoría están por encima del 30%. Los hospitales estadounidenses con ánimo de lucro gastan un 23% más en administración que los que no tienen ánimo de lucro y un 34% más que los gestionados por los gobiernos de los estados o el federal, pero todavía continúa expandiéndose la parte de mercado correspondiente a los con ánimo de lucro a expensas de los servicios tradicionales⁷⁶. Los costes administrativos en Francia y Alemania están en ambos casos por encima del 20% de los gastos totales, aunque sus sistemas basados en el aseguramiento se han proclamado repetidas veces como la única alternativa concebible a la “americanización” para la “reforma” del NHS.

Los costes más elevados de la atención cuando ésta se organiza como un negocio, en lugar de como un servicio público, tienen tres causas principales. En primer lugar, cuando el incentivo para el trabajo es lograr las máximas ganancias personales posibles y cuando el estímulo para gestionar o invertir es obtener los máximos beneficios empresariales posibles, son necesarios los controles administrativos, aunque sólo sea para tratar

de contener las decisiones sesgadas o perversas y el fraude. La confianza reduce costes y el comercio provoca desconfianza. En segundo lugar, cuando la atención sanitaria se convierte en un bien susceptible de ser comprable y vendible, tiene que fragmentarse en unidades con costes calculados y fijados con precisión; la fijación de esos costes supone un gasto continuado importante y elevado. Por último, los beneficios tienen que provenir de algún sitio, para satisfacer a los accionistas, mantener sus inversiones y evitar que se cambien a otras empresas que prometen beneficios más altos. Aunque la atención con ánimo de lucro tiende a reducir los costes del trabajo, principalmente empleando a menos trabajadores y con menor experiencia, bien de forma irregular o bien con contratos de corta duración, esto no puede reducir los costes en su conjunto, manteniendo a la vez tasas elevadas de beneficios.

LA EXPERIENCIA DE LA ECONOMÍA SIN PAGOS DIRECTOS

En los años setenta, el NHS había desarrollado una economía interna que, en gran parte, no incluía pagos directos y en la que el tiempo de los trabajadores se convirtió en la efectiva moneda de cambio. En el contexto de unos presupuestos globales siempre inadecuados, los diferentes departamentos hospitalarios obtenían para sí todo lo que podían justificar ante las administraciones que funcionaban por consenso, basándose en parte en el prestigio profesional (inclinado claramente a favor de los cirujanos y los médicos, frente a los geriatras y psiquiatras) y en parte en la cambiante evidencia científica (el arma principal para las especialidades nuevas u olvidadas). Los consultores de rango superior estaban involucrados en estos tratos y se les dejó al margen todas las demás categorías – enfermeras, otros trabajadores del hospital, los médicos generales y, por encima de todos, los enfermos y las poblaciones de las que éstos provenían -. Sin embargo, esta cultura semifeudal contenía en sí misma una economía embrionaria relacionada con las necesidades humanas en lugar de estarlo con las ganancias, buscando siempre su expresión y reforzándose apoyada continuamente por la orientación generalmente humana y socialmente inteligente de los avances en el conocimiento.

Al comienzo de los años ochenta, me interesé en averiguar cómo esta economía, teóricamente “imposible”, funcionaba de hecho. Esperaba utilizar mi propia unidad de atención primaria en Glyncoirwg y sus relaciones con los servicios especializados de los hospitales locales como material para un estudio piloto de casos. Teníamos ya una enorme cantidad de datos recogidos desde 1965 en adelante sobre las tasas de consultas de los enfermos⁷⁷, las tasas de derivación, las de prescripción y sus costes en relación tanto con otros equipos del sur de Gales como de todo el Reino Unido, sobre las tasas de certificados, de accidentes y de lesiones y datos sociales sobre nuestra población local, definida con mucha precisión, incluidos sus puestos de trabajo actualizados y las tasas de paro (paro real y no solicitudes de subsidios). Nuestro equipo era probablemente el mejor documentado de Gran Bretaña, a partir de nuestros propios estudios, de nuestra participación en encuestas nacionales y de pequeños proyectos llevados a cabo por estudiantes visitantes⁷⁸. Fue ingenuamente optimista pensar que cuando nuestros consultores y administradores hospitalarios locales supieran para lo que necesitábamos los datos, nos permitirían acceder a las historias clínicas hospitalarias de nuestros propios pacientes. De este modo, parecía que teníamos todo lo que necesitábamos para desarrollar, al menos, una teoría económica elemental desde la realidad concreta, en lugar de hacerlo desde suposiciones abstractas, sólo nos faltaba un economista adecuadamente preparado.

Conocía personalmente a dos de los nombres más grandes de la Economía de la Salud del Reino Unido. A uno no le interesó el tema. El otro se pasó por el centro, miró y escuchó por encima pero sin hacer nada tampoco. Me dio la impresión de que tenía que embarcarme yo solo, sin ayuda de expertos, en lo que entonces se llamó Proyecto de Costes de la Unidad.

El proyecto parecía simple. Nuestras decisiones clínicas en el centro de salud de Glyncoirwg podían relacionarse con una población definida de usuarios, un conjunto limitado de intervenciones diagnósticas y terapéuticas y un pequeño número de unidades de referencia secundarias y

terciarias (superespecializadas). Identificaríamos los costes de cada decisión y veríamos de qué manera el comportamiento clínico se traducía en cifras económicas.

De hecho, resultó ser extremadamente complejo. El consultor de mayor rango de nuestro principal hospital de referencia me denegó el acceso a cualquier historia de mis pacientes, lo que inmediatamente limitó el alcance de cualquier estudio (parece haber temido que se desvelase una posible mala práctica con el consiguiente litigio judicial). Para mi sorpresa, nadie en nuestros departamentos locales de Radiología o nuestros laboratorios clínicos conocía el coste de cualquiera de las cosas que hacían. Los jefes de unidad de Radiología y de laboratorio clínico conocían sus presupuestos globales y necesariamente trabajaban con ellos, pero los costes por cada una de las cosas que producían variaban enormemente según la productividad y según la mayor o menor cercanía a su capacidad máxima con que trabajasen los miembros de la plantilla y las máquinas, de modo que necesitaban tener una capacidad de reserva para las cargas de trabajo que variaban entre amplios márgenes de vez en cuando. Se preocupaban de cuadrar sus libros – no gastar más de lo que habían obtenido de la administración del hospital – pero no tenían interés alguno en obtener beneficios, sino sólo en prestar servicios. Comoquiera que ambos departamentos habían mejorado enormemente su servicio a los médicos generales que los habían utilizado a lo largo de los veinte años previos, la motivación era evidentemente buena, pero no estaba impulsada por esperanzas de obtener beneficios.

Yo les explicaba: “Pero necesito saber los costes por unidad, por ejemplo las consecuencias que tiene el pedir una radiografía de tórax o un recuento sanguíneo completo, ¿Podéis darme una estimación aproximada?”. No, no podían darme una respuesta con sentido porque, para ellos desde su punto de vista, ésta no era una pregunta con sentido. Me sugirieron que preguntase a BUPA (En ese momento el proveedor más importante de atención privada en Gran Bretaña). BUPA cobraba a sus pacientes, en consecuencia debía de tener una lista de precios. Lo hice y

BUPA, que fue de mucha ayuda, mandó la lista completa de precios. ¿De dónde venían esos precios? ¿Se basaban en los costes de producción más un poquito de administración más un beneficio razonable?. No, me dijeron, no tenían manera de calcular los costes de producción. Se habían limitado a mirar una lista equivalente de precios en Estados Unidos, donde todo tiene un precio. Pero, tan pronto como vieron los precios de Estados Unidos, se dieron cuenta de que no había manera de que, incluso los pacientes privados en Gran Bretaña los pudieran pagar. Entonces los redujeron en alrededor de dos tercios y el resultado eran los precios que estaban usando y con los que habían prosperado.

En este punto se paró mi proyecto y, a duras penas, se ha publicado algo de ese trabajo. Hasta ese momento, yo había hecho lo que parecía un descubrimiento importante: si no estás comerciando, no son necesarios los precios. Si insistes en comerciar, puedes cobrar lo que quiera que establezca el mercado que, en competencia con un servicio público era mucho menos que en los Estados Unidos. Establecer con precisión unos precios competitivos tiene un gran coste administrativo en el que no tienes necesidad de incurrir si no estás compitiendo.

En 1983 Margaret Thatcher recicló a Sir Roy Griffiths para que dejara de dirigir supermercados y revisase la gestión del conjunto de los trabajadores del NHS⁷⁹. Tras visitar hospitales en todo el Reino Unido, concluyó que, si Florence Nightingale hubiese seguido llevando su lámpara por los pasillos en 1983, probablemente hubiese estado intentando encontrar al responsable. Las decisiones administrativas se tomaban por consenso y, por lo tanto, a menudo no se tomaban en absoluto, los clínicos se dirigían a sí mismos. Las unidades de servicios sanitarios no estaban monetariamente evaluadas, de modo que nadie sabía el precio de nada, excepto el del trabajo. Para la cumbre de la jerarquía, la suma de ejercicio privado más los premios por méritos más los salarios elevados proporcionaba ingresos que se parecían a los de los miembros de segundo nivel de la realeza. Por abajo, el Consejo Whitley, de ámbito nacional, vinculaba los salarios de los camilleros de los hospitales a los de los trabajadores menos

cualificados de los gobiernos locales: los barrenderos, un salario, a duras penas, de supervivencia. Como contrapartida de sus pésimos ingresos, los trabajadores de las categorías más bajas del NHS tenían estabilidad en el empleo y el aprecio social que se otorgaba a cualquiera que trabajase para este organismo por parte de un público que apreciaba esa economía gratuita. Desde 1948, la finalidad de la administración del NHS había sido preservar el acuerdo entre todos los niveles de su plantilla para que se mantuvieran sus categorías, permitiendo sólo el progreso cuando se alcanzaba la capacitación para ser consultor de la máxima categoría. Hasta las disputas laborales de los primeros años setenta, el NHS conservaba tradiciones de deferencia que se remontaban al siglo XVIII.

Como provenía de los veteranos de la gestión de los negocios, Sir Roy Griffiths sólo veía anacronismos en el NHS. Ciertamente, reconocía que este organismo era un sistema productivo y no una institución religiosa dedicada a la esperanza, la imaginación o el fingimiento, sino un sistema de producción con ingresos y salidas, susceptibles de ser medidos, y eficiencia. Asumió que sus productos se parecían suficientemente a los objetos de mercado, que podía hacerse que los hospitales combinaran las funciones de una fábrica y un hipermercado, organizando el comercio de las derivaciones desde atención primaria como si los centros de salud fuesen una cadena de pequeñas tiendas que manejaran las demandas iniciales de los consumidores como si fuesen franquicias del NHS.

Griffiths dijo que las similitudes entre la gestión del NHS y la de la industria eran mucho mayores que las diferencias. Aunque las motivaciones de obtener beneficios no funcionaban en el NHS y, por el momento al menos, no se deseaban, pensó que, con una gestión más agresiva de la institución, ésta podía asemejarse a un negocio, aún cuando se tratara de algo más que eso. Inevitablemente, como en la industria privada, la gestión efectiva sería la gestión de los conflictos, de modo que la gestión por consenso suponía una contradicción en sus mismos términos⁸⁰. Esta idea atraía a muchos de los anteriores opositores acérrimos de la atención sanitaria con ánimo de lucro. Comoquiera que tenían una larga experiencia de

resistencia por su propia profesión a cualquier progreso en la organización social de la sanidad, a los intelectuales médicos liberales no les repugnaba una cierta gestión dura de sus colegas conservadores. Conocían el terreno mejor que Margaret Thatcher y, participando en el programa que propuso ella, esperaban racionalizar la atención haciéndola más efectiva y eficiente, mientras que se hacían ilusiones de que no subordinaría a los “caballeros” médicos al vulgar comercio. Empleando variantes sofisticadas de este tema, muchos de los miembros de la legión de intelectuales que habían defendido el NHS desde 1948 hasta 1979 remodelaron sus ideas respecto a los siguientes veinte años, dejando marginados y en vías de desaparición a sus colegas menos volubles. Un suceso clave de este proceso de reorientación fue su descubrimiento, tras la arrolladora victoria del nuevo laborismo en 1997, de que el primer ministro Blair, lejos de dar marcha atrás en la comercialización del NHS, se apresuraría a acelerarla.

UN REGRESO AL PROGRESO

Este sentir general de que existe una ausencia de poder profesional nunca se justificó. Somos muchos y ellos son pocos. Una amplia mayoría de la opinión, entre los profesionales sanitarios y la gente, todavía desea, de forma vehemente, un regreso a un servicio que incluya socialmente a todos los ciudadanos, en lugar de sólo a los clientes, que se base en los principios de la solidaridad y del riesgo compartido. Debemos esperar ardientemente al mundo mejor que hace posible el creciente conocimiento. El NHS debería ser de nuevo una expresión práctica de un consenso popular continuado y creciente de que toda nuestra sociedad comparte la responsabilidad con las desgracias que puedan azotar a cualquiera de sus miembros en cualquier momento y de que el coste de llevarlo a cabo lo asumamos todos conforme a la capacidad de pagar de cada uno. El NHS es una institución necesaria por la que debemos pagar a lo largo de todas nuestras vidas, aunque todos esperemos tener que utilizarla lo menos posible. Si no tenemos que usar aquello por lo que hemos pagado,

no hemos malgastado nada, sino que debemos sentirnos afortunados. Esto es exactamente lo contrario de la sociedad adquisitiva que perpetuamente se nos quiere imponer como nuestro único futuro posible. Ya sabemos que, tan pronto como el lucro afecte de antemano bien sea a las decisiones de inversión en sanidad o bien a las decisiones clínicas sobre las enfermedades propias de cada uno, la confianza entre los profesionales sanitarios y los pacientes se tambalea. Si los médicos se comportan como personal de ventas, como hacían antes del NHS, o como hipermercados proveedores de atención sanitaria, esos conceptos de la atención sanitaria como transacción harán que el NHS se encoja, hasta ser un pequeño y distorsionado fragmento de lo que es su verdadero potencial, considerando principalmente esos elementos de mantenimiento y reparación del cuerpo que parecen adecuados para el comercio en el campo de la ingeniería humana, relegando la atención necesaria pero no rentable a un mínimo servicio público e ignorando los aspectos de la salud pública en su conjunto.

Para poner de nuevo en marcha este noble programa, los trabajadores sanitarios de todas las categorías y niveles, todos los enfermos, los cuidadores informales y los potenciales enfermos a los que sirven (lo que quiere decir todo el mundo) necesitan recuperar, o adquirir por primera vez, confianza en sí mismos – en su propia capacidad de comprender lo que era el NHS, lo que es y lo que puede ser y la relación que el mismo tiene con el resto de nuestra rápidamente cambiante sociedad. Tenemos que dejar de esperar a que alguien ajeno, con más experiencia y poder, lo haga por nosotros, porque nunca llegará ese tipo de líderes. Esta confianza depende de que tengamos claro un marco dentro del cual todos nosotros podamos colocar nuestra propia experiencia, de modo que la realidad se convierta en una fuente de entendimiento y no de confusión. Los capítulos que siguen intentan proporcionar esta confianza.

Notas

¹ Gastos en los servicios sanitarios “antes de la reforma” de 1980 a 1992 en los países de la OCDE en porcentaje del PIB

	1980	1985	1990	1992
Estados Unidos	9,3	10,5	12,3	13,5
Japón	6,7	6,5	6,9	7,1
Alemania	8,7	8,5	8,6	9,1
Francia	7,7	8,2	8,9	8,4
Italia	7,1	6,9	8,2	8,4
Reino Unido	5,9	5,8	6,3	6,7
Canadá	7,4	8,4	9,3	9,9
Australia	7,8	8,3	8,2	8,4
Austria	8,2	8,0	8,6	8,9
Bélgica	6,7	7,1	7,7	7,9
Dinamarca	6,8	6,4	6,2	6,4
Finlandia	6,7	7,4	8,4	8,5
Grecia	4,4	4,9	5,3	5,5
Irlanda	9,3	7,9	7,0	7,1
Holanda	8,1	7,7	8,3	8,7
Noruega	6,6	6,6	7,3	7,9
Portugal	6,2	6,6	7,3	7,9
España	5,8	5,5	6,9	7,1
Suecia	9,6	9,1	9,1	8,6
Conjunto de la Unión Europea	7,0	6,9	7,3	7,5
Conjunto de la OCDE	7,3	7,4	7,9	8,2

Encuestas económicas de la OCDE: Reino Unido 1994. Publicado en el LRD Fact Service 1994; 56: 143-44

El sistema sanitario basado en el aseguramiento en Francia en, en muchos sentidos, un caso único, de importancia excepcional a causa de la enérgica resistencia puesta en marcha durante el último año, tanto por los profesionales de la Medicina como por los sindicatos y organizaciones de la comunidad, para “reformularlo” conforme al modelo neoliberal, lo que culminó con el rechazo a la nueva constitución europea. Toso esto lo ha explicado magníficamente para los lectores de lengua inglesa Paul Clay Sorum (“France tries to save its ailing national health insurancesystem”. *Journal of Public Health Policy* 2005; 26: 231-45). Junto con el rechazo de la nueva constitución de la UE por parte de Holanda y el ascenso de los “Linkspartei” (Partidos de izquierda) en las recientes elecciones alemanas [se refiere a antes de finales de 2005, cuando acabó este libro], parece ahora que hay una creciente resistencia, al menos, a lo largo y a lo ancho de Europa Occidental, frente a la marea global de neoliberalismo y frente a Tony Blair como su profeta europeo.

² Una encuesta reciente de la opinión pública en el Reino Unido mostró que el 89% de la misma se opone a la provisión privada de la atención sanitaria.

³ En 1971, el Informe Wanless, encargado por el gobierno y dirigido por un banquero, estimaba una diferencia negativa de 267.000 millones de libras esterlinas en las inversiones del NHS, comparadas con el promedio de las de la UE a lo largo de los últimos 26 años (Lancet 2001; 358: 1971)

⁴ La ausencia de control central sobre las entidades similares a empresas públicas, fundaciones hospitalarias y otras organizaciones del NHS “reformado” conduce al abandono de todo tipo de planificación central y la dependencia absoluta de los proveedores que compiten entre sí en el mercado lo que, en último término, dejó bien claro una afirmación de Sir Nigel Crisp, presidente ejecutivo del NHS, en enero de 2005. Esta situación sólo puede volver a la anterior mediante un cambio fundamental en la política del gobierno, reorganizando el NHS como una organización independiente, basada en la cooperación en lugar de en la competición. El Nuevo Laborismo insiste en que su política transfiere poder al pueblo, pero este poder se parece al de los clientes respecto a los supermercados, impulsados a elegir entre proveedores que compiten entre sí, porque disponen de ni de servicios públicos ni de tiendas de la esquina. Un estudio del Nuffield Trust sobre cómo los gerentes ejecutivos toman, en la práctica, las decisiones respecto a las políticas de las fundaciones hospitalarias y las entidades similares a empresas públicas de Atención Primaria en el NHS inglés llegó a la conclusión de que la necesidad de rendir cuentas a nivel local sólo existía nominalmente. Las elecciones para los comités de gestores de las pseudoempresas públicas se llevan a cabo con un número tan pequeño de electores que, si se tratase de elecciones para gobiernos locales, se consideraría que eran una verdadera desgracia. (*Governance of Foundation Trusts*. London: Nuffield Trust, 2005).

⁵ La credibilidad de Tony Blair por parte del electorado y, en consecuencia, de sus colaboradores políticos, cuyas carreras dependen de la reelección, está cayendo en picado. Gordon Brown, su aparente heredero, no está menos comprometido que él a hacer que el capitalismo tenga éxito, a convertir en basura cualquier proyecto de alternativa socialista y a subordinar la política del Reino Unido a lo que cualquier presidente de los Estados Unidos exija, pero hay una diferencia entre ellos. Brown nació dentro del movimiento laborista y emergió del mismo y es el heredero natural de las eternamente pospuestas y frustradas esperanzas de la base social de dicho movimiento. Su reconciliación en la madurez con la riqueza y el poder establecidos se ajusta al patrón tradicional de la carrera de los socialdemócratas, al que los electores están acostumbrados. Blair, por el contrario, nació en la facción de Norman Tebbit (populista de derechas) de la tradición del Partido Conservador, rara vez ha pretendido respetar la tradición Laborista sobre la base de la cual eligió construir su carrera (era la única opción que, al encaminarse Margaret Thatcher hacia su eclipse, podía servirle de vehículo creíble) y repetidas veces ha insultado a sus votantes y activistas tradicionales para asegurarse su preferida audiencia conservadora. Brown tiene más espacio para maniobrar y podría volver a las políticas keynesianas sin perder la cara si la mayoría de la opinión pública y de la del Partido Laborista le cerraran otras alternativas. Si todas las consecuencias del imperialismo del petróleo y de la venta del patrimonio del estado se convirtiesen en algo evidente, ésta última opción sería una posibilidad.

⁶ El libro de Allyson Pollock: NHS plc: *The Privatisation of Our Health care* (NHS Sociedad Limitada: La Privatización de Nuestra Sanidad), (London: Verso 2004) ofrece una descripción completa y excelente de este proceso desde su inicio hasta el plan más o menos completo, que conlleva la política actual de preconizar “la elección del enfermo” del Nuevo Laborismo. Aunque se haya completado el plan, no ha sucedido lo mismo con su imposición al colectivo de trabajadores del NHS y a las comunidades a las que dicho colectivo sirve.

⁷ McKee M. "Not everything that counts can be counted: not everything that can be counted counts". *British Medical Journal* 2004; 328: 153. La experiencia de las tablas de evaluación de calidad para las escuelas del estado, otro asunto impulsado tanto por los conservadores como por el Nuevo Laborismo, confirma los temores de que las entidades similares a empresas públicas hospitalarias que compiten entre sí, probablemente pueden concentrarse en lograr objetivos mensurables, en lugar de hacerlo en mejorar la atención a los enfermos. Un estudio de muestras aleatorias de escuelas primarias de Inglaterra y de Escocia, con y sin tablas de evaluación de calidad, demostró que había una mayor probabilidad de que las escuelas inglesas se dedicaran a cumplir las metas propuestas a expensas de otros objetivos, tuvieran unos programas más reducidos y dedicaran más recursos a lo que tenían resultados en el límite de lo normal e informaran de más "cultura de la responsabilidad". Las diferencias resultaron ser importantes y estadísticamente significativas. (Tymms P, Wiggins A. *British Medical Journal* 2000; 321: 1467).

⁸ *British Medical Journal* 2004; 329: 700. El gobierno del Nuevo laborismo ha impuesto esta normativa en Inglaterra a todas las derivaciones de enfermos, tanto desde Atención Primaria a los especialistas como de una a otra especialidad. Aunque creó entidades similares a empresas públicas de las Fundaciones Hospitalarias para impulsar la competencia entre los hospitales del NHS, la garantía de un 15% para el sector privado, inclina deliberadamente el mercado hacia fuera de la provisión por parte del NHS y amenaza aún más a la solvencia de sus hospitales propios, de los que uno de cada tres está en situación de déficit en la actualidad. El laborismo galés no ha aplicado esta política en la asamblea del País de Gales ni tampoco lo ha hecho la coalición laborista – liberal demócrata en el parlamento escocés. Lo que refleja la hostilidad general hacia la privatización por parte de los miembros del partido Laborismo en todas partes. Cuando las entidades similares a empresas públicas de Atención Primaria del sur de la región de Oxford, de Southampton y del área metropolitana de Manchester no lograron establecer ningún contrato con los proveedores del sector privado para algunas especialidades, porque no había listas de espera para ellas y, por lo tanto, no había demanda, el ministro responsable les ordenó que hicieran tales contratos. Cuando los proveedores del sector privado en Trant y el sur de Yorkshire se quejaron de que recibían pocas derivaciones de enfermos del NHS, se ordenó a las entidades similares a empresas públicas de Atención Primaria correspondientes que pagaran a asesores que fueran de un lado para otro convenciendo a los médicos generales de que derivaran más enfermos al sector privado. Nigel Crisp, actual Jefe Ejecutivo del NHS ha dicho que entidades similares a empresas públicas de las Fundaciones Hospitalarias "deben adoptar las mismas técnicas de mercadotecnia que Tesco en sus esfuerzos para ganar clientes en el nuevo mercado del NHS basado en la libre elección". (Davis J. Como médicos, estamos viendo el cáncer que devora al NHS. *Guardian* 27 de junio de 2005). Según la reciente circular a los miembros de las plantillas del NHS, "la dirección del viaje es clara: entidades similares a empresas públicas de Atención Primaria van a ser dirigidos por los enfermos y por organizaciones dirigidas por comisiones, cuyo papel en la provisión de servicio se reducirá a un mínimo. Esperamos que todos esos cambios se pongan en práctica por completo a finales de 2008". (Circular interna del NHS, de fecha 28 de julio de 2005 referencia de entrada 5312). La misma semana, la organización de consumidores *Which?* (En Español sería ¿Cuál?) publicó los resultados de una encuesta de opinión pública que mostraba que el 89% de los ciudadanos pensaba que tener un buen hospital local era más importante que la libre elección de hospital y el 85% pensaba que tener un buen médico general local era más importante que poder elegir médicos generales en cualquier parte.

⁹ De 254 proyectos actuales de desarrollo en técnicas de la información gubernamentales revisados recientemente por el Comité de Cuentas Públicas de la Cámara de los Comunes, más de un tercio (70) parecía que estaban hechos para fracasar. No se dispone de informes de los mismos porque la Administración de Comercio del Gobierno dice que están sujetos a secreto comercial (*The Guardian* 5 de julio de 2005). En Inglaterra, British Telecom e IDX, una importante compañía estadounidense con experiencia en sistemas de gestión hospitalaria, están desarrollando un nuevo sistema de programas informáticos clínicos. Pretende desarrollar historias informatizadas accesibles en la red, para 50 millones de ciudadanos, con conexiones entre todos los médicos del NHS y los hospitales, para alrededor de 2010, lo que el grupo de apoyo de la tecnología sanitaria de Estados Unidos "eHealth" considera 'la iniciativa a mayor escala en marcha en cualquier país del mundo'. Los costes de este proyecto se estimaron inicialmente en 6.200 millones de libras (unos 8.900 millones de euros), pero las estimaciones en el momento actual varían entre 18.000 y 31.000 millones de libras (entre 27.700 y 44.300 millones de euros) (Bristol N. "The muddle of US electronic medical records". *Lancet* 2005; 365: 1610-1) y quienes están implicados en el programa hablan de alrededor de 60.000 millones de libras (unos 85.700 millones de euros). Un médico general británico experto en desarrollo de programas informáticos ha señalado que se trata de "un programa de ordenador de tercera categoría sacado del sistema de los administradores de hospitales americanos, que ya existe" (deKare-Silver N. "Choose and book-whose choice is it anyway?" *British Medical Journal* 2005; 330: 1093). Se supone que la "Elección y concertación de cita" se aplicarán de forma generalizada en Inglaterra desde el 31 de diciembre de 2005. En teoría, a todos los pacientes, en el momento de ser enviados a otro médico, se les darán a elegir el momento, el lugar y la fecha de la nueva consulta. La derivación puede concertarse bien "en tal sitio y en tal momento" o bien se le dará el enfermo un número de referencia y números de teléfono para que confirme una cita más tarde. Se promete a los médicos generales que esto les va a suponer de 20 a 30 segundos pero, en una sesión de demostración en el verano de 2004, tres experimentados médicos generales en formación pelearon con el sistema durante media hora. El nuevo sistema no está integrado con ninguno de los sistemas para la medicina general que se usan ahora en más del 90% de las consultas del Reino Unido ni con el Microsoft Outlook. Se intenta también que se utilice para obtener asesoramiento por parte de los especialistas sin que haya una derivación formal de enfermos pero, una vez recibido, este asesoramiento informal no puede incluirse en la historia del enfermo y se borra automáticamente. Toda la iniciativa apesta de indiferencia respecto a la experiencia y las opiniones de los profesionales que, de hecho, son los responsables de la atención a los pacientes.

Escocia y Gales no están incluidos en este plan y tienen sus propios programas de historias clínicas electrónicas, integradas verticalmente a todos los niveles del NHS y horizontalmente con otras organizaciones públicas de servicios sociales. Los planes de la Asamblea de Gales para el desarrollo de la a Tecnología de la Información se publicaron en junio de 2005 en la publicación *Informing Healthcare: the National Case*. Aunque parece que están libres de los supuestos ingleses de que la Tecnología de la Información debe prestar servicio a un mercado competitivo con un amplio sector con ánimo de lucro, se reconoce que cualquier sistema galés debe funcionar en toda la larga frontera con Inglaterra, en la que los ciudadanos de ambos lados puedan usar ambos sistemas, y se espera que con ello se limiten los gastos de su puesta a punto, usando el sistema inglés allá donde esto sea posible. Las "reformas" del NHS han conllevado una reducción relativa de la financiación destinada a Gales si se la compara con la de Inglaterra, posiblemente porque una parte excesiva de la nueva financiación va ahora a la promoción de la competencia y a los contratos con el sector privado que la Asamblea de Gales ha rechazado. Para el ejercicio presupuestario 2005/6 la financiación del NHS

para Gales aumentó un 5,5%, frente a un 9,3% de aumento para Inglaterra. Respecto a la sanidad, se compara a menudo a Gales con el noreste de Inglaterra, que tiene similares poblaciones y niveles de renta. Tomando como base los gastos presupuestados para el ejercicio 2004/5, el noreste de Inglaterra recibirá un 5% más por capita que Gales para la financiación del NHS y para el ejercicio 2007/8 las tendencias actuales harán que la financiación del NHS alcance allí un 20% más por capita que en Gales. (*Western Mail* 2 de junio de 2005). Estas restricciones económicas hacen extremadamente difícil que Gales pueda continuar con sus políticas independientes para el NHS que los votantes obviamente desean y a las que exigen lealtad todos los partidos de la oposición, excepto los conservadores.

¹⁰ La calidad de las historias clínicas de Atención Primaria es un buen indicador de la madurez del sistema en su conjunto. Lenta y erráticamente, las historias escritas a mano de los médicos generales que merezcan leerse, empezaron a aparecer en unas pocas consultas del Reino Unido en los años sesenta del siglo pasado, se convirtieron en algo habitual en los setenta y llegaron a ser casi generales en los ochenta. Hoy en día bastante más del 90% de los médicos generales del NHS usan historias electrónicas informatizadas, al menos para algunos aspectos de la asistencia a los enfermos, lo que conlleva que la poblaciones están por completo introducidas en los registros y, desde 2004, los contratos de los médicos generales no se podrán cumplir prácticamente sin este tipo de historias.

¹¹ En 2004, sólo un 15% de los ciudadanos que respondieron a una encuesta MORI deseaban elegir ellos mismos a quien derivaban sus enfermos, un 62% deseaba elegirlos conjuntamente con sus profesionales sanitarios y un 23% deseaba todavía dejar por completo este tipo de decisiones a los profesionales (Página B. "The vision thing". *Health Service Journal* 2004: 14-5). En la actualidad se anima a los pacientes, principalmente por parte de ese guardián de la antorcha liberal que es el diario *The Guardian*, a que consulten las tablas de clasificación para averiguar los rendimientos de los hospitales que compiten entre sí. No obstante, los investigadores no han encontrado ninguna correlación entre las medidas de satisfacción por parte de los consumidores respecto a los diferentes hospitales y sus tasas corregidas de mortalidad. (Página B. "What they really really want". *Health Service Journal* 2004: 16-7).

¹² Wintour P. Los votantes se ponen en contra de la libre elección en los servicios públicos. *Guardian* 27 de marzo de 2004.

¹³ Antes de las década de 1980, los médicos generales del NHS podían y, de hecho lo hacían, remitir a los enfermos a consultores muy lejanos, si un problema excepcional así lo requería. Sin que se diesen cuenta los políticos ni los medios de comunicación, esta opción se suprimió en el preciso momento en que se empezó a reorganizar el NHS conforme con las reglas del mercado.

¹⁴ "Delays in implementing e-booking threaten patient choice agenda". *British Medical Journal* 2005; 330: 166. El comentar con el enfermo las opciones de la derivación lleva tiempo, que es un recurso escaso para todos los clínicos. Sometidos a la presión para que rellenen las casillas adecuadas para dar gusto a la Administración, obviamente su táctica va a ser la de identificar a aquellos enfermos que verdaderamente desean conversar sobre cinco opciones (por lo menos una de ellas privada) y derivar a los demás por las vías que habitualmente venían prefiriendo, conforme con su propia experiencia y sus criterios clínicos, que el todavía lo que una amplia mayoría de los enfermos desea. Si esta táctica no genera el 15% de derivaciones al sector privado que quiere el gobierno del Nuevo

Laborismo, los clínicos puede que aprendan a dar un corte de mangas colectivo y seguir aplicando su mejor criterio. Probablemente la mayoría de los enfermos, la mayoría de los votantes y la mayoría de los militantes del Partido Laborista, entre los cuales pocos son conscientes de lo que se está imponiendo al NHS en su nombre, van a apoyar esto. La clave está en la acción colectiva, con publicidad mediática. Obviamente, esta arma no se ha usado todavía, pero probablemente se usará.

¹⁵ Carvel J. "Patients to choose NHS hospital". *The Guardian* 17 de julio de 2003.

¹⁶ *The Guardian* 24 de agosto de 2005.

¹⁷ Frankel S, Ebrahim S, Smith GD. "The limits to demand for health care". *British Medical Journal* 2000; 321: 40-5.

¹⁸ El Departamento de Sanidad ha puesto ahora en marcha una Unidad de Expertos en Mercadotecnia para el NHS con objeto de enseñar a entidades similares a empresas públicas del mismo a promover sus méritos y a competir con éxito con los otros para conseguir enfermos. La va a dirigir Stephen O'Brien, antiguo director de mercadotecnia de Kingfisher, una compañía minorista internacional de mejoras de las viviendas (*Health Services Journal* 24 de febrero de 2005: 5)

¹⁹ Nick Bosanquet y Stephen Pollard, en su libro: *Ready for Treatment: popular expectations and the future of health care* (Londres: Social Market Foundation, 1997: 98-103) hablan de forma franca a su eventual audiencia de creadores de políticas sobre la manera de conseguir que el público acepte la destrucción, poco a poco, del NHS, proporcionando una receta que aparentemente han seguido desde entonces tanto los gobiernos conservadores como el del nuevo laborismo. Llevaron a cabo su propia encuesta de la opinión pública, de la que sacaron las siguientes conclusiones:

"El hallazgo más llamativo de carácter general... es la brecha que hay entre las expectativas y los deseos. En términos generales, el público quiere que el NHS ofrezca todo y lo ofrezca gratis; un 65% dicen, por ejemplo, que las prestaciones del NHS tienen que ser siempre gratuitas. Pero, como hecho crucial, sólo un 13% espera que sean gratuitas dentro de diez años. Un 67% piensan que el NHS va a prestar menos servicios y que sólo se podrá disponer de los que no cubra de forma privada, aunque al 80% no les gusta esta perspectiva. La modernización tiene que centrarse en esta brecha de las expectativas respecto a los deseos. La batalla está ya ganada a medias a la vista de que las expectativas están tan claramente limitadas... las ideas de reforma que se basan en un cambio masivo hacia esquemas de aseguramiento no estatal son políticamente caprichosas. Incluso si se presentan en el contexto de la realidad actual, con frecuentes esperas para los tratamiento que no son urgentes... , el 74% de los ciudadanos se aferra todavía al NHS en lugar de tener que pagar por la rapidez de lo privado. El mensaje está claro. Los modernizadores necesitan abordar la tarea de la reforma no mediante grandes planes que impliquen pagos de golpe de grandes sumas o que supongan un cambio generalizado a la provisión privada, sino introduciendo el pago de cantidades de dinero que sean fáciles de asumir y que se endulcen con la idea de que se dan nuevos servicios. ... Esta encuesta sencillamente muestra que el público hoy en día está dispuesto a tragarse todo. Ahora les corresponde a los políticos y a los formadores de opinión hacer progresar a los argumentos".

Los políticos y los formadores de opinión han hecho exactamente eso y el argumento es siempre el

mismo: basta de solidaridad con sus raíces en el pasado, adelante hacia el futuro de consumismo, competencia universal y guerra de todos contra todos.

²⁰ Resumido de manera sucinta como: "...[se trata] en gran manera de un problema de los pobres de los países ricos que dan dinero a los ricos de los países pobres" (Caulfield C. *"Masters of Illusion: the World Bank and the Poverty of Nations"*. Londres: Macmillan, 1996). Sebastian Mellanby (*"The World's Banker: a story of failed states, financial crises, and the wealth and poverty of nations"*. Yale University Press, 2005), al final de la era Wolfensohn, ha alimentado esta historia.

²¹ Hace seis años se nos previno de todo esto, pero pocos atendieron e incluso menos creyeron de verdad que esto pudiera suceder: "...los gobiernos están desregulando y privatizando la financiación y la provisión de los servicios públicos... mediante políticas tales como "La Nueva Gestión Pública", la contratación de servicios externos, las subastas compulsivas (al mejor precio) y la privatización de infraestructuras mediante los consorcios público-privados, a los que se ha dado diversos nombres, tales como "Iniciativas de Financiación Privada" (PFI), "Construir, poseer, hacer funcionar y transferir" [en Inglés, "Build, Own, Operate and Transfer" o BOOT). Estas políticas se presentan, por lo general, como ajustes técnicos y, por lo tanto neutros. [Están] vinculadas a las políticas globales de expansión del comercio por parte de las instituciones internacionales, tales como la Organización Mundial del Comercio (OMC), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM)... Las conversaciones de la OMC en Seattle [centradas] en la revisión de Acuerdo General sobre Comercio y Servicios (sigla GATS, en Inglés), un sistema de legislación internacional que pretende expandir la implicación de la empresa privada en el, cada vez más importante, sector de servicios". El GATS incluye la sanidad, los servicios sociales, la educación, la vivienda y todos los otros servicios que gestionan organismos gubernativos, entre ellos los servicios de telecomunicación, transporte, distribución, correos, seguros, medio ambiente, turismo, diversión y ocio. De acuerdo con la Comisión Europea, los servicios representan dos tercios de la economía y los puestos de trabajo comunitarios, casi un cuarto de las exportaciones totales y la mitad de las inversiones de la Unión en el extranjero. En Estados Unidos, más de un tercio del crecimiento económico de los último cinco años fue por la exportaciones de servicios". (Price D, Pollock AM, Shaoul J, "How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care". *Lancet* 1999; 354: 1889-92).

²² Cuando se puso en marcha el NHS en 1948, la asistencia estaba profundamente dividida en niveles completamente incoordinados: el NHS en sí (hospitales y Médicos Generales), la Salud Pública, como una función sanitaria impersonal de los gobiernos locales y algunas funciones de atención personal (principalmente la maternidad y el bienestar de los niños, la detección y seguimiento de casos de tuberculosis y de enfermedades venéreas y los servicios médicos escolares) que proporcionaban también los gobiernos locales. El NHS no empezó como un servicio sanitario, sino que sus actividades estaban de forma arrolladora determinadas por la enfermedad y la demanda consiguiente, más que por las necesidades de salud. Esta división esencialmente irracional reflejaba el entonces mucho más importante poder de los Gobiernos Locales en el Partido Laborista, que había pensado en poner en marcha el NHS como un todo único, y para los que la pérdida de las funciones de Salud Pública hubiera realmente sido un paso demasiado avanzado en 1948. También reflejaba debilidades de los médicos generales que eran, por lo general, incapaces bien de llevar a cabo esas funciones por sí mismos, bien empleando personal que las proporcionara en su nombre. De forma más fundamental reflejaba la idea de consenso de prácticamente toda la opinión pública, que identificaba atención sanitaria con tratamiento de enfermedades. Las críticas retrospectivas a esta decisión deben de tomar en consideración el escaso apoyo que se prestó a la Ministra de la Asamblea de Gales, Jane Hutt,

cuando intentó dar prioridad a los planes coordinados para mejorar la salud mediante la acción en todos los frentes, en lugar de centrarse en las listas de espera para las operaciones selectivas. A duras penas se alzó una voz en su apoyo. Tenemos que partir de dónde creen las gentes que están. El liderazgo no se refiere a nuestros puntos de partida, sobre los que tenemos poca opción de actuar, sino al compromiso duradero con un destino más inteligente. Conforme con las ideas sobre las que hay hoy en día consenso, el NHS en 1948 era un servicio unificado y se convirtió en el mayor creador individual de empleo de toda Europa.

²³ Tampoco esto era totalmente cierto. Ante la insistencia de sus compañeros de gobierno, Bevan se vio obligado a introducir un pequeño elemento del Seguro Nacional, como claro signo para la multitud de que todo tiene que tener un precio. En términos generales, Bevan consideraba que esto era una complicación completamente innecesaria de lo que, por otra parte, era una forma de financiar el servicio extremadamente sencilla y, en consecuencia, barata. Las aportaciones del Seguro Nacional suponían una gran carga de personal y una gran mayoría de los contribuyentes se imaginaba que la mayoría de sus cotizaciones al seguro se gastaban en el NHS, aunque, de hecho, casi todas ellas iban a parar a los subsidios de enfermedad y de desempleo. Todo el mundo continuaba teniendo acceso al NHS, independientemente de que cotizaran o no al Seguro Nacional.

²⁴ Hart JT. "Clinical and economic consequences of patients as producers". *Journal of Public Health Medicine* 1995; 17: 383-6

²⁵ En los años ochenta, cuando se desencadenaban las batallas ideológicas para establecer los primeros cimientos de la ética de los negocios en el NHS, un subtítulo que preferían muchos para las reuniones era "Pensar lo impensable". Pudimos oír a una reciente sucesión de individuos que intentaban hacer carrera en el terreno de la gestión o en el académico que, con orgullo estar dispuestos a abandonar cualquier logro de la solidaridad del pasado, proclamaban su descubrimiento del lado brillante del Thatcherismo. Este proceso todavía continúa, bajo la pancarta de la "reforma".

²⁶ Saltman RB. "Melting public-private boundaries in European health systems". *European Journal of Public Health* 2003; 13: 24-9, y de VosP, Dewitte H, van der Stuyft P. "Unhealthy European Health Policy". *International Journal of Health Services* 2004; 34: 255-69. Ha habido ejemplos con éxito de resistencia de masas, primero en España, luego en Francia, Holanda y Alemania, lugares en los que las amenazas a sus servicios, basados en el aseguramiento, han llevado a los gobiernos a tener inesperados reveses al tratar de poner en marcha "reformas" neo-liberales pero, hasta la fecha, han carecido de ningún esquema claro de sus alternativas políticas.

²⁷ No puede desecharse a priori la comercialización de la asistencia. Cuando se descubrió que, a pesar de las estadísticas terecermundistas de mortalidad de Harlem, en Nueva York, había allí más médicos que los que podía mantener el mercado médico, este "exceso de médicos" se solventó pagando a los hospitales para que no los formasen. En 1997, los hospitales empezaron a reducir sus plantillas de residentes en un 20 a un 25% a lo largo de los seis años siguientes y se les abonaron 400 millones de dólares (317 millones de euros) para que disminuyesen en esta proporción la formación de residentes. Los ahorros se emplearon para contratar personal de estamentos más bajos. El Dr. Alan Hillman, profesor de Política Sanitaria en la Universidad de Pennsylvania dijo, refiriéndose a este asunto: "Es curioso que se trate la sanidad como una mercancía de consumo, como si fueran cereales, leche o carne... Pero realmente no puedo encontrar nada malo en ello. Quizá se trate de una de las primeras colaboraciones racionales entre los hospitales y el gobierno".

(Roberts J. "Washington: political allies and enemies take on junior doctors surplus". *British Medical Journal* 1997; 314: 774). El Dr. Hillman y muchos otros con ideas similares pueden encontrar argumentos que merecen una respuesta más cuidadosa allí donde cualquier mercado médico logre proporcionar asistencia de forma adecuada a una población entera no seleccionada, tanto para sus necesidades individuales como colectivas a un coste asumible.

²⁸ Friedman M, Friedman RD. *Capitalism & Freedom*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

²⁹ El llamado Premio Nobel de Economía no lo concede el Comité del Premio Nobel que elige los ganadores de Medicina, Física, Literatura, etc., sino un comité de los banqueros más eminentes de Suecia. Quizá con razón el Comité Nobel no reconoce la Economía como una ciencia, sino que todavía la contempla como un asunto de política fuera de sus competencias; pero, por alguna razón, no es capaz de defender sus derechos de autor sobre el título "Premio Nobel".

³⁰ La historia fascinante de cómo Hayeck y Friedman organizaron inicialmente su resistencia tras la derrota a nivel mundial de sus ideas en 1945 y volvieron a establecer la Economía clásica del siglo XIX como la ortodoxia la ha contado de manera espléndida John Keneth Galbraith en su *Historia de la Economía* (Londres: Penguin Books, 1987).

³¹ De acuerdo con Galbraith, los economistas de Hitler nunca desarrollaron ni siquiera el concepto de PIB, limitándose a la obtención de los datos y al sistema de regulación que se necesitaba para aplicarla en la práctica. El poder sin límites para los grandes negocios puede resultar autodestructivo.

³² A lo largo de los años treinta, primero Stanley Baldwin y luego Neville Chamberlain encabezaron un Partido Conservador que simpatizaba con el fascismo de Italia y España y toleraba el de Alemania, aunque con algún recelo, como un oponente útil al Comunismo. La composición del parlamento que apoyó el gobierno de coalición de Churchill desde junio de 1940 a junio de 1945 la determinaron las elecciones de 1935, momento en el que las políticas de apaciguamiento del Fascismo alcanzaban su velocidad de despegue.

³³ En los últimos años, de 1936 a 1945, del "New Deal" (Sería "nuevo acuerdo" o "nuevo pacto", en Español) de Franklin Roosevelt, se desarrollaron las cooperativas médicas todo a lo largo y a lo ancho de las áreas rurales de Estados Unidos. En 1938, el *Saturday Evening Post* describía el esquema de la Administración Federal de Seguridad (FSA) como "un ensayo gigantesco de un seguro sanitario. Reunió a alrededor de 300 médicos y a más de 100.000 familias en más de veinte estados. Esto les dio una oportunidad de mostrar" lo que hubiera promulgado una ley de seguro sanitario para ellos en fechas sucesivas". En su momento culminante de 1942, la FSA abarcaba a alrededor de 650.000 familias de granjeros en 42 estados, a los que proporcionaba una asistencia sanitaria global, con grupos de pago por anticipado que habían organizado conjuntamente entre las asociaciones de granjeros y las asociaciones de médicos de cada condado o de cada estado. El pago por anticipado en grupo había sido propuesto por el Comité La Follette de Costes de la Atención Médica del Congreso, establecido en 1927 y que publicó su informe en 1932 en "*Medical Care for the American People: the final report of the Committee on Costs of Medical Care*". Este informe señalaba que los recursos médicos "no estaban distribuidos conforme a las necesidades, sino más bien con la capacidad real o supuesta de los enfermos de pagar los servicios". La Asociación Médica Americana se refirió al informe como Una "incitación a la revolución". En 1945, la FSA se habría convertido en un plan de seguro sanitario nacional similar a los que había en otros países desarrollados sin embargo, mediante el proyecto de ley Wagner-Murray-Dingell, que apoyó el Presidente Truman, en 1946 el Congreso de

Estados Unidos acabó toda la legislación del “New Deal” que apoyaba este programa. Los Dres. Fred Mott y Milton Roemer, que habían encabezado el programa de la FSA, se marcharon a Canadá para poner a punto el programa de seguro sanitario de Sakatchewa que, en su momento, proporcionó el modelo de un solo pagador a toda la sanidad canadiense (Grey MR. *New Deal Medicine: the Rural Health Programs of the Farm Security Administration*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999). En la etapa de la Administración Clinton, sólo quedaba del “New Deal” de Roosevelt era la Ley de Seguridad Social de 1935. Clinton inició el proceso de la eliminación de los derechos dignificados de los pobres al bienestar y George Bush la está completando. Tony Blair adoptó la misma estrategia para el Nuevo Laborismo, pretendiendo hacer del Partido Laborista el preferido por los grandes negocios, con una ciudadanía que no estuviera ya comprometida con la solidaridad o con cualquier tipo de acción colectiva.

³⁴ Gran Bretaña tuvo su propio experimento de ocupación nazi que todavía se ignora en gran manera. Cuando Alemania ocupó las Islas del Canal en 1940, se apropiaron de un área del país especialmente conservadora, casi feudal. La clase dirigente de la Islas del Canal, sus miembros colaboraron con los alemanes de una forma no menos abyecta que lo hizo el gobierno de Vichy en Francia, incluso persiguiendo y deportando a los judíos para que los llevaran a las cámaras de gas. Hubo resistencia activa interior pero, como en el resto de Europa, la organizaron principalmente los comunistas. Madeleine Bunting ha descrito esta importante y compleja historia, de forma limpia y objetiva respecto a todas las partes implicadas (“*The Model Occupation: the Channel Islands under German Rule, 1940-1945*”. Londres: Harper Collins, 1995). Esta situación tuvo lugar a una escala lo suficientemente pequeña como para que el gobierno de 1945 la suprimiese por completo, basándose en que la verdad dañaría a la moral del público. Se honró a los colaboracionistas con distinciones como hacerles “sirs” o nombrarles miembros de la Orden de Imperio Británico y se ignoró a los que resistieron.

³⁵ Pocos recuerdan hoy en día que la fuerza que, junto con sus aliados, atacó el día D de 1944 se enfrentó tan sólo a una sexta parte del poderío alemán. De 1941 a 1945 el impacto más importante de la guerra y de la ocupación nazi cayó sobre la Unión Soviética que aportó la más grande contribución a la victoria en términos humanos. La economía soviética parecía haber superado su más estricta prueba con gran éxito. Esto y el grado hasta el que las economías del Reino Unido y de los Estados Unidos se vieron obligadas con un éxito similar a adoptar políticas de planificación estatal, son los hechos que explican la popularidad de las ideas comunistas en toda la Europa que fue liberada en 1945 y las estrategias en defensa de los estados del bienestar de postguerra en occidente.

³⁶ Kotz D, Weir F: “*Revolution from above: the demise of the Soviet system*”. Londres: Routledge, 1997.

³⁷ Quien se cubrió de gloria al explicar que “no se puede invertir [en obras públicas y otros campos que, por ejemplo, generan empleo] para salir de una recesión”. Al menos no se puede invertir sin la aprobación de la OMC o del Banco Mundial.

³⁸ Smith R. “Global competition in health care”. *British Medical Journal* 1996; 313: 764-5. En 2004, Richard Smith se implicó en el proceso que describe aquí, dimitiendo como editor del *British Medical Journal* para convertirse en Director Ejecutivo de United Health Europe, rama europea de United Health Group, la mayor compañía de servicios sanitarios de Estados Unidos. Con el nombre de Evercare en la actualidad está compitiendo para quedarse con una gran parte de los negocios del NHS y ha dirigido nueve proyectos piloto en Atención Primaria del Reino Unido a partir de 2003.

Por el contrario, Canadá se ha resistido hasta la fecha a todos los intentos de penetración en sus servicios sanitarios por parte de compañías de Estados Unidos (Deber RB. *Delivering health care services: public, not for profit, or private?* Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2003). Quizá los políticos canadienses y sus electorados, al estar más cerca de Estados Unidos, son más conscientes de los riesgos que existen para sus instituciones.

³⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *“Health at a glance”*. París OCDE, 2003.

⁴⁰ Primer ministro británico de Sanidad que utilizó todo su poder como un negociador monopolístico fue Enoch Powell, cuyo abordaje de negarse al sinsentido dejó de piedra a una empresa farmacéutica que había pagado al Partido Conservador bien para que sirviese a sus intereses. Keneth Clarke fue subcampeón, aún siendo un ministro conservador pero que aparentemente tenía menos miedo a exprimir a sus compañeros capitalistas que los ministros laboristas. George W Bush, por otra parte, ha mostrado más agradecimiento, aunque a cambio de una recompensa mucho más grande. Su decreto de reforma del Medicare, aprobado recientemente en el congreso, incluye una cláusula que prohíbe que se negocien costes más bajos por parte del gobierno federal para los medicamentos con receta. Esta cláusula la preparó el congresista Billy Tanzin, que se ha retirado después para tomar posesión de su nuevo cargo de presidente de Pharmaceutical Research & manufacturers of America, la organización de la industria que más capacidad de presión posee (*British Medical Journal* 2005; 330: 60). La principal razón inmediata por la que en Estados Unidos se paga el doble por habitante para la asistencia sanitaria que en Europa, y todavía no tienen cobertura universal, es que los precios de todo son más altos, porque en ellos hay que incluir un margen para beneficios y porque los que compran negocian en un mercado dividido (Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. “It’s the prices, stupid: why the United States is so different from other countries”. *Health Affairs* 2003; 22: 89-105).

⁴¹ Glasser RJ. “The doctor is not in: on the managed failure of managed medical care. *Harper’s Magazine*, Marzo de 1998, pp. 35-41.

⁴² Desde 1999, las HMOs (Health Maintenance Organizations u Organizaciones para Conservar la salud) han perdido más de 1,6 millones de beneficiarios del Medicare (En Estados Unidos, seguro sanitario, financiado con fondos públicos, dirigido, en general, a ancianos y discapacitados), de modo que sólo el 14% del total de cuarenta millones de beneficiarios del Medicare están ahora inscritos en HMOs. *British Medical Journal* 2001; 323: 772.

⁴³ El los veinte años que han pasado desde que Margaret Thatcher ascendió al poder, se han perdido en el NHS y han pasado al sector privado más de 100.000 camas de larga estancia. El sector privado ha subido desde tener una fracción del 18% en 1979, al 70% en 1998. El Departamento de Sanidad no lleva ahora ningún registro de la camas de larga estancia disponibles ni en el NHS, ni en el sector privado y ha abandonado todo tipo de planificación estratégica en este terreno. Los beneficios han venido de la reducción de los costes de mano de obra, mediante la disminución de las capacidades técnicas y el aumento de las cargas de trabajo. Los salarios medios anuales de los trabajadores sanitarios de salud mental y de salud comunitaria en 1999 eran de 20.000 y 21.000 libras (28.500 y 30.000 euros), respectivamente, pero en los servicios privados de asistencia de larga estancia, los salarios medios anuales eran de menos de 8.000 libras (11.500 euros). En 1997, las diez compañías más importantes de asistencia de larga estancia tenían unos beneficios de un 28% del total de lo que

cobranan (Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. "The politics of the private finance initiative and the new NHS". *British Medical Journal* 1999; 319: 249-53).

⁴⁴ En 1990 ingresó un hombre de 55 años en un hospital del NHS de Leeds con un ictus severo que le dejó incontinente para orina y heces, incapaz de comunicarse, de andar y de alimentarse. Le dieron de alta del hospital y lo mandaron a una residencia (nursing home) privada en 1991, con el argumento de que habían hecho todo lo posible para curarle y no tenían obligación de continuar cuidándole. Como la mayoría de las demás autoridades sanitarias, las de Leeds no tenían ya camas de larga estancia ni ningún contacto con las residencias privadas para proporcionarle atención en una de ellas. La familia tuvo que hacerse cargo de la diferencia entre lo que les daba la seguridad social y el coste de la residencia privada que ascendía a 6.000 libras (8.600 euros) al año. Se presentó el caso al defensor del pueblo del NHS que estimó que la decisión de las autoridades sanitarias de Leeds era ilegal, pero enseguida se cambió convenientemente la ley (Brindle D. "Care ruling 'could cost NHS dear?'. *Guardian* 3 de febrero de 1994). Cuando el Partido Laborista estaba en la oposición y sus parlamentarios se imaginaban que sus dirigentes se comportarían de otro modo, se preguntó al joven ministro conservador de sanidad, John Bowis, si el NHS sería en ese momento responsable de un hipotético enfermo con un goteo, incontinente para orina y heces y postrado en cama las veinticuatro horas del día. Rechazó responder (Primer informe del Comité de Sanidad de la Cámara de los Comunes. "*Long-term care: NHS responsibilities for meeting continuing health care needs*". Londres: HMSO 1995). Y menos aún respecto a la asistencia desde la cuna hasta la tumba.

⁴⁵ Kerrison SH, Pollock A. "Caring for older people in the private sector in England. *British Medical Journal* 2001; 323: 566-9.

⁴⁶ A pesar de esta discusión mediática desequilibrada, la atención primaria de los problemas crónicos ha tenido mucha prioridad en el nuevo contrato para los médicos generales del NHS, con grandes exigencias de que se registren muchos datos e importantes recompensas por el cumplimiento de las mismas. Un informe reciente de un centro del este de Londres, que atiende a una población de alrededor de 10.000 personas, ha demostrado que los trabajadores estaban registrando 158 parámetros relativos a diez tipos de enfermedades crónicas (enfermedad coronaria, ictus, hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, epilepsia, alteraciones tiroideas, cáncer, enfermedad mental psicótica y asma) y 65 objetivos que tenían que lograr. Estos aspectos son ahora los mayores determinantes de los ingresos por ejercer la Medicina.

⁴⁷ Leys C. *Market-driven Politics: neoliberal democracy and the public interest*. Londres: Verso, 2001: 84.

⁴⁸ El término "electivo" en este contexto es una palabra habitual de la jerga médica para referirse a las intervenciones planificadas o previstas de antemano, en contraposición con las inesperadas o urgentes.

⁴⁹ Como ministros de sanidad del Nuevo Laborismo, tanto Alan Milburn como John Reid, prometieron que el personal del NHS ni sería contratado por los proveedores del sector privado ni transferido a la fuerza a los mismos. La siguiente ministra de sanidad, Patricia Hewitt, rompió esta promesa, cuando se embarcó en el programa de objetivos a lograr del gobierno, que se describe en a cita de la página iii, de la misma manera que todas las otras que se hicieron porque eran necesarias para asegurarse la aceptación del programa de privatización por parte de parlamentarios laboristas.

⁵⁰ Dash P. "New providers in UK health care: what effect will more competition have on the NHS?" *British Medical Journal* 2004; 328: 340-2.

⁵¹ Aunque era algo que todo el mundo conocía, la BMA (Asociación Médica Británica) lo negó siempre, escondiéndolos tras ese alrededor del cincuenta por ciento de los consultores que siempre habían trabajado en exclusiva y la minoría substancial incluso de consultores a tiempo parcial que no se aprovechaban de su conflicto de intereses (en el control de las listas de espera, de cuyo volumen dependía su negocio privado). John Yates, en su libro: *"Private Eye, Heart and Hip: surgical consultants, the National Health Service and private medicine"* (Londres, Churchill Livingstone, 1995), se enfrentó de manera arrolladora y mordaz a todo esto, pero sus datos se refieren al negocio privado de los consultores, no a los contratos colectivos de las empresas del sector privado que ahora promociona el Nuevo Laborismo. Los comentarios de los medios de comunicación rara vez señalan esta importante diferencia. La recientemente descubierta indignación por la codicia de los consultores sirve ahora de pantalla, por lo general eficaz, para tapar la confabulación con las compañías médicas que tratan de hacerse cargo de las funciones potencialmente provechosas del NHS, no de una manera marginal, sino adueñándose de unidades completas.

⁵² Rayner G. "The 'New Mandarins' and the monetarisation of the NHS". En: Iliffe S, Munro J (editores): *Healthy Choices: future options for the NHS* Londres: Lawrence & Wishart, 1997. Págs. 18-52.

⁵³ Hensher M, Edwards N. "Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s". *British Medical Journal* 1999; 319: 911-4. En 1991, el ministro británico de sanidad suprimió el registro central de recursos hospitalarios porque dificultaba la evaluación precisa de la productividad (Torgerson DJ, Raftery J. "Discounting". *British Medical Journal* 1999; 319: 914-5). Presumiblemente, por aquel entonces los que hacían la política estaban tan seguros de que la competencia del mercado aumentaba siempre la productividad que ya no necesitaban que eso se demostrase.

⁵⁴ Pollock AM, Whitty PM. "Crisis in our hospital kitchens: ancillary staffing levels during an outbreak of food poisoning in a long satay hospital". *British Medical Journal* 1990; 300: 383-5.

⁵⁵ La página: <http://www.unison.org.uk/news>, referida en el verano de 2005 en *Bevan Foundation News*. Esto casa mal con la campaña electoral de Partido Conservador, que presentó la infección por estafilococos aureus resistentes a la metilicina como demostración de la ineficacia inherente al servicio público. Tanto el gobierno como el Partido Conservador niegan cualquier conexión causal entre la externalización y las tasas de infección, insistiendo en que no hay ninguna diferencia entre hospitales en los que se han contratado los servicios de limpieza a empresas externas y aquéllos en los que siguen siendo propios. Esta actitud ignora el hecho de que el mercadeo competitivo, sin una regulación estrecha de la calidad, ha intensificado y degradado este trabajo a los ojos de todos los limpiadores. La comparación correcta es entre la época en que los limpiadores formaban parte de las plantillas del NHS y trabajaban para los enfermos y el momento actual, en el que se han convertido en fuente de beneficios.

⁵⁶ Caines E. "Amputation is crucial to the patient's health: political cowardice is denying the NHS the medicine it needs: fewer professionals and greater productivity" *Guardian* 11 de mayo de 1993.

⁵⁷ Devereux PJ, Choi PTI, Lacchetti C et al. "A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals". *Canadian Medical Association Journal* 2002; 166: 1399-1406. Lamentablemente, la supervivencia no era un resultado que se midiese en los estudios anteriores en los que se han basado las evaluaciones de la productividad. Las listas de productos definidos a los que se había marcado un precio no sólo excluía la supervivencia, sino también los servicios de diagnóstico, la enseñanza y la investigación (Appleby J. "Promoting efficiency in the NHS: problems with the labour productivity index". *British Medical Journal* 1996; 313: 1319-21).

⁵⁸ La Asamblea de Gales empleó los poderes, todavía pequeños, que se le habían transferido en 1997 para crear lo que Rhodri Morgan, dirigente del Laborismo de Gales en el gobierno de la asamblea ha llamado "limpiar las aguas sucias" entre el NHS de Gales y el parlamento de Westminster (parlamento central británico). La Iniciativa de Financiación Privada (PFI), la competencia interna, las fundaciones hospitalarias, los envíos preferentes de los enfermos al sector privado y el énfasis casi exclusivo en las reparaciones episódicas del cuerpo como medidas de lo que se produce se han rechazado en Gales y finalmente se van a eliminar los pagos por las recetas. Ha habido relativamente mayor inversión en Atención Primaria, y un esfuerzo real para llevar a cabo un enfoque más salubrista mediante las habituales vinculaciones de la sanidad con otras instituciones sociales, incluyendo la natación gratuita para los niños y los pensionistas. Una consecuencia de este énfasis en la prevención y la Atención Primaria ha sido el aumento de los tiempos de espera en Gales para cirugía programada, a la que en Inglaterra parece que se ha sacrificado todo. La política del NHS en Escocia parece peligrosamente cercana a devolver todo el poder a la profesión médica, particularmente a su antiguo baluarte de Edimburgo, pero igual que en Gales, hasta la fecha, se ha opuesto resistencia a la expansión del sector privado, hay un énfasis similar en la expansión de la Atención Primaria y en sacar de los hospitales gran parte del seguimiento de las enfermedades crónicas. Irlanda del Norte, aunque potencialmente independiente, tras un buen comienzo con su, por primera vez, ministro del Sinn Féin, está ahora demasiado paralizada por conflictos sectarios como para llevar a cabo cualquier política independiente.

⁵⁹ Tanto en Reino Unido como en Estados Unidos, los patrones de ingresos de los trabajadores de los servicios públicos se parecen cada vez más a los del sector con ánimo de lucro, pero aún tienen un camino que recorrer. De acuerdo con la revisión por parte de los servicios de datos sobre los ingresos de los informes y las cuentas anuales del consorcio del NHS, los salarios de los altos directivos del NHS superaron las 200.000 libras (286.000 euros) en 2005, año en que el Director Ejecutivo del consorcio de los Hospitales asociados al Hammersmith, Derek Smith ganó 210.000 libras (300.000 euros), un 35% más que el anterior año financiero. Entre 1994 y 2004, los ingresos medios de los directores ejecutivos del NHS subieron un 73%, frente a un 50% de los de las enfermeras (*LRD Fact Service* 24 de febrero de 2005). En Estados Unidos, las escalas salariales son menos desiguales entre el gobierno y las instituciones sin ánimo de lucro que en las empresas comerciales, en las que los desequilibrios típicos entre los principales ejecutivos y los trabajadores de la limpieza es de 20 a 1. En las corporaciones estadounidenses, por otra parte, el desequilibrio sube hasta ser de 180 a 1 (Belsen K. "Executive pay: a special report: learning how to talk about salary in Japan". *New York Times* 7 de abril de 2002: 12). Incluso hoy en día, los salarios de los altos ejecutivos del NHS no pueden compararse con los de sus homólogos del sector privado.

⁶⁰ Se ha estimado que de los 1,3 billones de dólares (millones de millones) (1 billón de euros) que se gastaron en sanidad en el año 2000 en Estados Unidos, el fraude robó por lo menos 0,1 billones, probablemente 0,3, o sea un 23% del gasto total (Sparrow MK. *License to steal: how fraud bleeds America's health care system* Boulder, Colorado: Westview Press, 2000). Una de las compañías de asistencia sanitaria, HCA (antes Columbia HCA), admitió que cobraba al gobierno facturas y gastos inflados, exagerando la gravedad de los diagnósticos para aumentar lo que reclamaban al Medicare (seguro sanitario, financiado con fondos públicos, dirigido, en general, a ancianos y discapacitados), así como acuerdos de negocios tomados de manera ilegal que cargan gastos de la empresa al Medicare y haber ofrecido a los médicos, para que enviaran enfermos a otros proveedores de HCA, incentivos en metálico, alquileres gratuitos y la posibilidad de que invirtieran en hospitales de HCA, todo ello hasta 1997. Los perjuicios totales causados en el año 2000, en los que se está de acuerdo, fueron de 840 millones de dólares (666,66 millones de euros). HCA explota algunas unidades sanitarias en el Reino Unido (Charatan B. "US settles biggest ever fraud case". *British Medical Journal* 2001; 322:10). Una vez que cualquier servicio público abre sus puertas a contratistas con ánimo de lucro, se establecen las bases para el fraude a gran escala de las empresas, que sale a relucir casi de manera imperceptible en todo aquello que cualquier experto contable o abogado de la compañía son capaces de ocultar. Hacen exactamente su tarea.

⁶¹ Con frecuencia se menciona la cirugía mayor ambulatoria como una oportunidad para la racionalización de la asistencia y el incremento de la eficiencia y, de hecho, lo es. No parece haber ninguna razón clara por la que la misma tenga que generalizarse de forma más adecuada en un servicio público cooperativo que en uno comercial, sino más bien hay varias para que pudiera extenderse más deprisa en las organizaciones con ánimo de lucro, porque este tipo de cirugía se parece mucho a la producción de tipo industrial que es la que toman como modelo las empresas de asistencia sanitaria. Los enfermos que quieran que las decisiones se adopten en su propio interés y no en el de los accionistas van a tener que tomar en consideración tanto los riesgos como los beneficios del lucro como causa de motivación.

⁶² En 12 consorcios del NHS en Inglaterra se ha introducido inicialmente desde 2003 un nuevo sistema de pago de salarios por parte del NHS, la *Agenda para el Cambio*, y lo han aceptado todos los sindicatos del NHS en noviembre de 2004 (con algunas reservas de poca importancia por parte del sindicato SOR de los técnicos de Radiología y del sindicato de trabajadores de la construcción, UCATT). Todos los miembros de la plantilla sin excepción ganarán 5,16 libras (7,37 euros) por hora como mínimo y no trabajarán más de 37,5 horas por semana. Esto podría representar incrementos salariales de hasta un 40% para los trabajadores de oficios que se habían quedado muy atrasados, cifra en la que se incluiría un 27 a 35% para los trabajadores de la lavandería, servicios generales y distribución de comidas, un 31 a 56% para los guardas de seguridad, un 22 a 46% para los celadores y un 20% para los ayudantes de enfermería. Habrá formación y carrera profesional para todos los estamentos, que tendrá el máximo impacto en los más bajos (Labour Research julio de 2003: 14-5 y febrero de 2005: 15-6).

⁶³ El departamento nacional de auditoría ha revisado uno de los primeros planes de Iniciativa de Financiación Privada (PFI) que ya lleva cinco años en marcha. El Hospital de la Universidad de Norfolk y Norwich se abrió en 2001 como uno de los primeros proyectos de PFI y firmó un contrato, por un mínimo de 30 años, con Octagon Healthcare, un consorcio de bancos y de negocios inmobiliarios. Como consecuencia de los cambios de las tasas de interés, Octagón renegoció ese contrato en 2003 con lo que le llovió del cielo un beneficio de 115 millones de libras, de las que

devolvió 34 al consorcio del NHS, quedándose con 81 millones. La tasa de beneficios para los accionistas subió del 16 al 60% de su inversión inicial y se prolongó el tiempo de vigencia del contrato de los 30 años iniciales a 39 (*The Refinancing of the Norfolk & Norwich PFI Hospital: how the deal can be viewed in the light of the refinancing* [www.nao.org.uk]).

⁶⁴ La complejidad de los mismos se hipertrofia por la necesidad de establecer contratos vinculantes con empresas del sector privado. Por ejemplo, el contrato para el hospital de Coventry Waksgrave ocupaba 17.000 páginas. Por esa razón, los honorarios de asesoramiento varían entre el 2,8 y el 8,7% de los costes financieros. Otro factor es el efecto que los contratos de PFI de 25 a 30 años de vigencia tiene sobre pequeños gastos que podrían haberse realizado con un coste menor mediante la financiación gubernamental tradicional. Por ejemplo, el contrato de abastecimiento de alimentos del Centro Médico Queen's en Birmingham, valorado en un millón de libras, costó 23 millones con la PFI, y el de la Unidad de Rehabilitación del Norte de Bristol, valorado en 4,9 millones de libras va a costar 42 millones (PFI in the NHS: a dossier. Londres: GMB, 2001)

⁶⁵ Smith R. "PFI: perfidious financial idiocy. A 'free lunch' that could destroy the NHS". *British Medical Journal* 1999; 319: 2-3

⁶⁶ Gaffney D, Pollock AM, Shaoul J. "NHS capital expenditure and the Private Finance Initiative – expansion or contraction?" *British Medical Journal* 1999; 319: 48-51 y Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. "PFI in the NHS – is there an economic case?" *British Medical Journal* 1999; 319: 116 – 9.

⁶⁷ Roberts Ff. *The Cost of Health*. Londres: Turnstile Press, 1952.

⁶⁸ Foot M. *Aneurin Bevan: a biography*. Vol. 2, 1945-1960. Londres: Davis-Poynter, 1973: 290 et seq.

⁶⁹ Powell JE. *A New Look at Medicine and Politics*. Londres. Pitman Medical, 1966.

⁷⁰ Williams A. "Creating a health care market: ideology, efficiency, ethics and clinical freedom. NHS White Paper. Occasional Paper 5. York Centre for Health Economics Consortium, 1989.

⁷¹ Excepto como una opción positiva por parte de alrededor de un 2% de la población que, por una u otra razón, se quedó con los proveedores privados.

⁷² A diferencia de los médicos de familia de Estados Unidos a partir del cambio a la asistencia gestionada, los médicos generales del NHS nunca han tenido incentivo económico alguno por atender ellos mismos a sus pacientes en lugar de mandarlos a los especialistas y los enfermos no pagan los gastos que supone el ir a los mismos. A pesar de esta inexistencia de motivación económica, las tasas de derivación a la atención especializada son tres veces más altas en Estados Unidos que en el NHS, tanto para los adultos (Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, Carroll K, Bindman AB. "Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis". *British Medical Journal* 2002; 325: 370-1) como para niños (Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, Carroll K, Bindman AB. "Referral of children to specialists in the United States and the United Kingdom". *Archives of Paediatric & Adolescent Medicine* 2003; 157: 279-85).

⁷³ Esta experiencia se repitió en el Canadá Francés, cuando, por primera vez al comienzo de los años

setenta, se hizo que se pudiera disponer de asistencia gratuita (Enterline PE, Salter V, McDonald JC. “The distribution of medical services before and after ‘free’ medical care – the Quebec experience”. *New England Journal of Medicine* 1973; 289: 1224-9. Esto se repitió en Oregon en 1994, cuando, por la nueva legislación, se amplió de forma importante el acceso a los servicios de sanidad públicos. Los planificadores esperaban que en los dos primeros meses con la nueva normativa hubiese 13.000 nuevas inscripciones, pero en realidad recibieron 25.000. Los costes que se estimaron de entrada en 65 millones de dólares tuvieron que revisarse al alza hasta 200 millones (Roberts J. “Oregon overwhelmed in its first three weeks”. *British Medical Journal* 1994; 308: 618). Los críticos conservadores utilizaron todos estos datos, incluida la experiencia del NHS, para denunciar que la asistencia gratuita era algo engañoso y, en último término, irrealizable en su “mundo real”.

⁷⁴ Soy consciente de que esto contradice la opinión convencional que afirma que Bevan aceptó el pago por las recetas en principio en 1950, como necesario para poner freno al flujo de cascadas de medicamentos que entraban por las fauces de la nación. Los que se creen este cuento de hadas tiene que hacer sus deberes. Este tema lo trata en su conjunto Charles Webster en su historia oficial del NHS (Webster C. *The Health Services since the War. Vol. 1 Problems of health care: the National health Service before 1957*. Londres: HMSO, 1988) con la que yo estoy, en términos generales, de acuerdo.

⁷⁵ *Report of the Cpmmittee of Enquiry into the cost of the National Health Service*. Cmd.9663. Londres: HMSO, 1956.

⁷⁶ Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. “Costs of health care administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine* 2003; 349: 768 – 75.

⁷⁷ En la terminología británica, una “consulta” es un contacto significativo entre un profesional sanitario y un enfermo. Una “visita” es una “consulta” en la casa del enfermo. En la terminología norteamericana, una “consulta” es una discusión entre dos profesionales sanitarios diferentes, respecto a un enfermo que, por lo general, no está presente. Lo que los británicos llamamos “consultas” lo llaman los norteamericanos “visitas”, casi siempre en el despacho del profesional sanitario, muy raramente en la casa de un enfermo.

⁷⁸ Hasta 2005, había bastante más de 100 artículos en revistas con revisión previa por expertos y cinco libros basados principalmente en estos datos.

⁷⁹ Si es posible asignar la autoría de la “reforma” del NHS a algún autor principal, el mérito o la culpa no se los llevaría Roy Griffiths, sino Alain Enthoven, principal economista de General Motors, que se trasladó con Robert Macnamara al Departamento de Defensa de Estados Unidos en 1966, para tratar de controlar los gastos de la guerra de Vietnam. Aplicó por primera vez la teoría de la competencia en los negocios a la toma de decisiones militares, creyendo que el problema principal era la falta de control gerencial sobre los generales más veteranos. Después de Vietnam, se pasó a la economía de la sanidad estadounidense, que consideraba, sorprendentemente, que tenía problemas similares (Waizkin H. “The strange career of managed competition: military failure to medical success? *Journal of the American Public Health Association* 1994; 84: 482-9). Margaret Thatcher le invitó repetidas veces a que asesorase sobre la política del NHS, suya y de Kenneth Clarke, en los años ochenta y se convirtió en el principal defensor de la competencia de mercado en el resto de Europa (Saltman RB. “A conceptual overview of recent health care reforms”. *European Journal of Public Health* 1994; 4: 287-93). Aceptó de buen grado que los sistemas públicos europeos eran más universales y más

Capítulo 2

¿Qué crea el NHS?

El producto que sería deseable obtener de los sistemas sanitarios es un incremento de la salud. Este incremento puede medirse en forma nacimientos más sanos, vidas más sanas y muertes más retrasadas¹. Los sistemas sanitarios tienen otros subproductos, de los que los más importantes son la legitimación del estado y la estabilización de la sociedad, pero ambos dependen de su finalidad principal, sea ésta real o ilusoria.

Aunque pudiera parecer obvio, ni los principales políticos ni los medios de comunicación se cuestionan el NHS, por lo que, para ellos, se ha convertido en la principal medida de éxito del mismo el tiempo de espera que media desde que se va al médico general hasta que nos operan. Aunque los políticos y los medios de comunicación no hayan insistido en ello, ha habido un rápido progreso en los últimos diez años hacia un uso más racional de la cirugía. No obstante, estamos todavía lejos de poder asumir que, simplemente porque se haya realizado una operación, haya mejorado la salud de un enfermo o bien que se haya retrasado su ulterior deterioro².

El objetivo de recetar, poner inyecciones, dar la vuelta cada treinta minutos en la cama a un enfermo inconsciente, extirpar el útero o la vesícula biliar, o bien de poner en marcha un programa para proteger a los ancianos con vacuna antineumocócica, no es de cumplir estas tareas de manera competente, sino producir incrementos de la salud o retrasos de la

pérdida de la misma y hacerlo con la máxima seguridad de que hacemos más beneficio que daño. La felicidad forma parte de la salud. La gente desgraciada no tiene una salud óptima, pero cualquier problema de este tipo no se considera, necesariamente, una enfermedad.

Si asumimos que una intervención facultativa habitual sea algo productivo en los términos a que me he referido, es que estamos volando con piloto automático (que, recordémoslo, funciona bastante bien durante la mayor parte del tiempo). Tener buen sentido no asegura que se hagan las cosas bien³. Los procedimientos empleados en las actuaciones no pueden nunca asegurar sus resultados. Paradójicamente, para actuar con seguridad, debemos aprender las técnicas de manera tan exhaustiva y repetirlas tan a menudo que lleguen a convertirse en nuestra “segunda naturaleza”, igual que sucede con actos como caminar o conducir un auto, pero esta situación de piloto automático ignora la conciencia. He aquí lo que Geoge Bernard Schow, un irlandés, tuvo que decir a propósito de la conciencia médica inglesa:

“Los médicos son como los demás ingleses: la mayoría de ellos carecen de honor y de conciencia. Habitualmente, confunden con estas dos cosas el sentimentalismo y un intenso pavor a hacer algo que nadie más que ellos hace o a dejar de hacer cualquier cosa que cualquier otro hace”⁴.

En mi experiencia esto es válido para todas las nacionalidades y para todas las profesiones. Sin un esfuerzo concienzudo de pensar de manera crítica sobre lo que se está haciendo, el sentimentalismo y el hacer lo que todos los demás hacen es la forma de trabajar de la mayoría de la gente las más de las veces, a menos que se les anime activamente a pensar de modo crítico⁵- la manera más efectiva para lo cual es participar en la docencia, o en otras formas de innovación o de investigación. He tenido responsabilidad directa con enfermos durante más de cuarenta años, pero nunca me llegó el momento de sentirme totalmente competente, con un par de manos que no pusiesen en peligro las vidas de los demás. Poco antes de mi última semana de trabajo todavía cometía errores potencialmente serios⁶. Cuantos intentos hice para aplicar mis conocimientos de la biolo-

gía humana a la vida real conllevaron un margen de error significativo. Aunque los errores que cometí en rara ocasión tuvieron consecuencias fatales, fue por pura suerte. De hecho, las actuaciones clínicas se seleccionan y se efectúan cada vez mejor (o cada vez menos mal), pero las perspectivas de que, aparte de unas pocas, las técnicas que empleamos puedan alcanzar el grado de seguridad que, virtualmente, se da por garantizado, por ejemplo, en los viajes en avión, no son realistas.

La principal fuente de error en medicina no está en la calidad con que se llevan a cabo las técnicas (aunque tal cosa no puede considerarse garantizada), sino la calidad de las decisiones con que se inician los procesos, teniendo en cuenta todo su contexto personal, social, económico e histórico. El reconocimiento de los errores es el fundamento de la ciencia, pero tiene todavía que llegar a convertirse en un fundamento de la práctica médica y, en el caso de las enfermeras, este reconocimiento parece estar todavía más lejos. Los agresivos gestores del NHS y los abogados que se ocupan de las reclamaciones hacen que esta transición sea aún más difícil.

¿PRODUCE LA SANIDAD UN INCREMENTO NETO DE LA SALUD?

Incluso asumiendo una absoluta competencia técnica, hemos de seguir preguntándonos si las decisiones que tomamos y las técnicas que practicamos conducen, de hecho, a un incremento neto de la salud⁷. Necesitamos que se demuestre que el probable bien que hacemos supera al probable daño con un margen de confianza substancial, justificable en términos sencillos para nuestros enfermos, o bien si no hay tal demostración, para recordar la sorprendente capacidad de los cuerpos y de las mentes humanas para recuperar la salud por sí solos, sin ayuda ni impedimento por parte del pensamiento clínico.

¿Por qué preocuparnos? ¿No está claro que, en su conjunto, lo hemos hecho todo muy bien? En Gran Bretaña, la esperanza media de vida ha

aumentado alrededor de cuarenta años desde 1840. Aún hoy, este parámetro no muestra ningún signo de llegar a un límite finito, partiendo de la base de que nunca se alcanzará tal límite, lo que parece cada vez más dudoso. De modo global, las esperanzas de vida se han duplicado a lo largo de los últimos dos siglos⁸. En Gran Bretaña, la esperanza media de vida al nacer ha aumentado desde menos de cincuenta años en 1901 hasta alrededor de ochenta para las mujeres y de setenta y cinco para los hombres, en 2001 y, con las tendencias actuales, continuará ascendiendo de manera estable.

Uno de los motivos de este incremento es la atención sanitaria. No es el único, ni si quiera el más importante pero, dado que la accesibilidad a la atención se asocia estrechamente con la calidad y la accesibilidad a la educación, la alimentación, el alojamiento, el trabajo regulado, los ingresos personales crecientes y otros factores sociales que colaboran en el incremento de la salud, es muy difícil separar estas causas y medir las contribuciones independientes de cada una de ellas a la salud.

¿Cómo podríamos medir un efecto independiente si todos los factores sociales relevantes siempre son, de hecho, interdependientes entre sí? Por ejemplo, la gente mejor educada hace un uso más efectivo y eficiente de la sanidad y, al menos en Estados Unidos, son más ricos y tienen mejor accesibilidad a la atención sanitaria⁹. Es difícil imaginar una situación real en la que la accesibilidad a la atención sanitaria pudiera ser, en efecto, independiente de otras variables como los ingresos, la nutrición, la educación o la vivienda, en un grado suficientemente grande como para llegar a cualquier conclusión útil. Si así fuese, no se trata de una cuestión científica, puesto que ni se puede confirmar ni rechazar, ni de modo experimental, ni por la observación continuada de las tendencias estadísticas.

Hay unos pocos ejemplos que sugieren que, una vez que se aseguran unos niveles básicos de subsistencia material, la accesibilidad de la sanidad puede convertirse en un determinante importante de la salud. Tras su revolución de 1959, Cuba pronto logró tasas de mortalidad infantil y de adultos, en términos generales, similares a los de Estados Unidos, a pesar

de los enormemente menores ingresos y gastos en sanidad per cápita. El coste anual de la sanidad del NHS británico, en 2000, fue de 750 libras esterlinas (unos 1.070 ?) por cabeza, menos de la mitad del de Estados Unidos, a pesar de tener unas tasas de mortalidad similares. Esto puede compararse con las 7 libras (unos 10?) por cabeza en Cuba, donde, además, el 45% de esta pequeña suma se gasta en atención primaria, frente al 16 – 18% en el NHS¹⁰. Los bajos ingresos personales en Cuba se combinaron con elevados ingresos sociales (muchos tipos de prestaciones de acceso gratuito y compartidas por toda la población). Como consecuencia de estos grandes ingresos sociales compartidos, las tasas de alfabetización cubanas eran probablemente mayores que las de Gran Bretaña o Estados Unidos¹¹ y sus índices sanitarios alcanzaban niveles europeos occidentales¹².

La experiencia cubana confirma que un sistema sanitario bien organizado, que abarque a toda la población puede ayudar a que se mantengan buenos índices de mortalidad, a pesar de un bajo PIB, de unos bajos ingresos medios personales per cápita y de unos vergonzosamente bajos ingresos profesionales, siempre que la sociedad, en su conjunto, permanezca estable y con cohesión, con un fuerte y compartido sentido de su destino histórico y social¹³. Al menos hasta que el bloqueo económico de Estados Unidos le obligó a aceptar una doble economía (una boyante economía del dólar en los hoteles y en la renacida prostitución, junto con una austera economía socializada de racionamiento), la sociedad cubana había logrado muchas otras metas que se sabe que favorecen la buena salud de la población: altos niveles de alfabetización, fuertes tradiciones de solidaridad local y comunitaria, ausencia virtual de paro, costumbres que implican alto consumo de calorías y participación en deportes, bajos índices de desigualdad social y niveles muy bajos de dependencia del alcohol y de las drogas y de incidencia de enfermedades de transmisión sexual. El estado de sitio que se le impuso, desde que Cuba se atrevió a asumir este camino independiente, y la consiguiente intolerancia con la discrepancia, han dañado a la sociedad cubana y limitado su desarrollo, pero sus logros positivos nos proporcionan la única demostración de que, si los sistemas

sanitarios se planifican para hacer que el incremento de la salud de toda la población sea máximo, pueden conseguir una elevada productividad y contribuir enormemente a la salud pública¹⁴.

¿PODEMOS MEDIR EL INCREMENTO DE SALUD?

Contar actuaciones, tales como el número de visitas del médico, de operaciones o de ingresos hospitalarios es fácil, pero estos parámetros no miden el incremento de la salud. De hecho, hay medidas de la salud, pero son en su mayoría complicadas y su uso no resulta práctico, excepto como herramientas de investigación aplicadas a pequeñas muestras de población. Una alternativa infrutilizada es sencillamente pedir a los ciudadanos que cuantifiquen su propia salud y hacerlo de forma repetida a lo largo del tiempo. Incluso un simple detalle referido por los propios interesados sobre su estado de salud (“¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?”) es un predictor poderoso de mortalidad a lo largo de los siguientes cuatro a nueve años, de forma semejante a como lo son indicadores clínicos más complejos, en el caso de hombres de edad media. Esto se confirmó en el estudio NHANES-I en 6.440 adultos de entre 25 y 74 años de edad, a lo largo de doce años, aunque resultó ser mucho menos útil para personas más viejas o mujeres¹⁵. Se han desarrollado y validado instrumentos de este tipo y deberían usarse de manera más general, no como ayudas para la atención sanitaria de cada persona, sino como herramientas de medida para evaluar la productividad del NHS¹⁶.

La alternativa, que prefieren instintivamente los gestores y la mayoría de los profesionales, es medir los procesos de actuación como sucedáneos del incremento de salud. Estos datos se presentan con reparos, y llaman la atención en el sentido de que no reflejan necesariamente con precisión incrementos o pérdidas de salud. Sin embargo, parece que, por lo general, se ignoran estos reparos cuando las cifras llegan a los lugares de decisión política o a los medios de comunicación. A los que hacen la política les gusta tener cierta información para justificar sus decisiones, incluso si, de

hecho, las decisiones preceden a esa información, de modo que la calidad de la información les puede parecer menos importante que el mero hecho de disponer de ella. Don Berwick ha llamado la atención respecto a un informe de la Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido que concluye que, entre 1995 y 2003 la productividad del NHS en su conjunto cayó entre un 3 y un 8%, según los diferentes métodos de cálculo que se empleasen¹⁷. Como dice este autor: “¿Producción de qué?”. Resulta que, en este caso, el “producto” era una media ponderada de dieciséis actividades diferentes del NHS. Todas ellas eran procesos y no productos. Se suponía que la ponderación reflejaba la carga relativa de trabajo que cada actividad conllevaba de modo que, por ejemplo, los actos para el tratamiento a pacientes ingresados tenían un peso catorce veces mayor que los de tratamiento ambulatorio. Esto podía conducir a la absurda conclusión de que pasar a operar, de forma generalizada las herniorrafias o el “stripping”^{*} de venas varicosas en la unidad de cirugía ambulatoria, asunto respecto al cual todo el mundo está de acuerdo y que conllevaría un uso más eficiente del tiempo de los miembros de la plantilla y del de los enfermos y de los recursos hospitalarios, representaría un descenso de la eficiencia.

Con un sistema de codificación que cubre y está completado para el 96% de las actuaciones en enfermos ingresados del NHS y algo menos para las consultas de atención primaria, sería posible medir resultados finales que verdaderamente reflejasen el incremento en salud atribuible a las decisiones clínicas¹⁸. El diseño de esta forma de medir resultados implicaría tomar decisiones importantes sobre el peso que se atribuiría a cada actuación que, a su vez, dependen de que se entienda la naturaleza de los procesos de atención sanitaria y de evaluación de los resultados finales en términos de incremento de la salud a largo plazo. Entender las cosas de esta manera no es un simple asunto técnico, sino que en cada uno de sus pasos conlleva valoraciones sociales¹⁹. El abandono general del

* Operación que consiste en extraer las venas afectas de una sola pieza, previa la inserción de una varilla en cada una de ellas y la ligadura y sección a cada nivel de sus afluentes colaterales. En Español se usa el término inglés y no hay una traducción de uso generalizado. (*N. del T.*)

razonamiento clínico para sustituirlo por protocolos potencialmente rígidos es una inmensa bolsa, tanto de peligros como de oportunidades, para las que ni el conservadurismo ni el radicalismo pueden dar respuestas generales. Puede que haya un potencial consenso clínico y científico de dar marcha atrás con estos sistemas de medición, pero incluso en este caso, con casi absoluta certeza va a diferir del actual consenso de los gestores.

LOS DERROTISTAS DE LA ATENCIÓN SANITARIA

A pesar de esta evidencia, que confirma la experiencia diaria de la mayoría de la gente, de que los sistemas de atención sanitaria pueden contribuir, y de hecho lo hacen, significativa y esencialmente a un incremento neto de la salud, ha habido repetidos intentos de negar el valor real de las actuaciones clínicas en su conjunto. Paradójicamente, estos intentos parecen haber tenido más influencia en el pensamiento político y académico, en el último cuarto del siglo XX, en el que ha habido más evidencia convincente de la existencia de un beneficio neto que nunca antes en la historia, más demostración convincente que en los siglos previos, en los que había menos demostración de que las actuaciones, salvo dos o tres, hicieran más beneficio que perjuicio. A partir de 1970, el escepticismo extremo obtuvo el apoyo intelectual de una literatura del derrotismo profesional y del nihilismo populista, de las que los mejores ejemplos fueron McKeon²¹ e Illich²², respectivamente. Ambos negaban que las actuaciones clínicas, en su conjunto, aportasen claramente nada al incremento de la salud. Una prueba de que esta tendencia nihilista permanece viva y sana, a pesar de los incluso mayores avances en las aplicaciones efectivas de la ciencia médica, es, por un lado, la reedición de la *Némesis Médica* de Illich por el *British Medical Journal* con un apoyo editorial entusiasta²³ y, por otro, la continuada influencia de McKeown sobre la enseñanza y el pensamiento ortodoxos en Salud Pública, no obstante el daño que hizo a este autor la crítica, por parte de expertos, a su demostración demográfica original²⁴ y las cuestiones suscitadas por otros

críticos expertos a las que él no dio respuesta alguna en la segunda edición de su libro²⁵.

Los sistemas sanitarios pueden convertirse en motores de cambio social en un entorno mucho más amplio que el que implican sus propios planteamientos. Pueden promover esperanzas de progreso social en los profesionales y en el público y pueden no estar de acuerdo con ellos ciertas personas que creen que esas esperanzas son falsas y engañosas. Hasta los años setenta, el respeto público hacia el poder de la sanidad parecía, en general, dar confianza a los gobiernos. Era más fácil y más barato conceder peticiones de asistencia sanitaria que de salarios más altos o una mayor regulación social de la obtención de beneficios. Todavía se concebía el progreso social en el marco del siglo XVIII o “Siglo de las Luces”, un estado benefactor que complementara y frenara la, por otra parte, competencia universal que invadía la sociedad. McKeown, Illich y, en una medida mucho mayor de lo que a él le gustaba imaginar, mi maestro, Archie Cochrane avivaron la llama de un escepticismo que preparó el terreno para la retirada. Sin embargo, su crucial libro *Efectividad y Eficiencia* también eliminó mucha basura que estaba obstruyendo el proceso hacia una atención sanitaria más humana y efectiva que, ciertamente, había que llevar a cabo²⁶.

Estos tres influyentes autores aceptaron implícitamente que los sistemas sanitarios deben juzgarse por su producto en términos de salud. Los argumentos de McKeown y de Illich eran casi por completo negativos. Afirmaban esencialmente que todos los intentos sistemáticos de prevenir o cambiar el curso de las enfermedades, si no era mediante medidas sociales poco específicas, conllevaba un producto neto añadido de cero o menos de cero.

La crítica de Cochrane a los sistemas sanitarios era más constructiva y abría posibilidades en dos direcciones enteramente diferentes y finalmente opuestas²⁷. Influido por Allan Williams y por otros pioneros de la Escuela de Economía de la Salud de la Universidad de York, contemplaba el NHS como un sistema productivo. Lo encontraba muy deficiente en

efectividad, eficiencia y humanidad, término este último que, por desgracia, omitió en el título, pero que desarrolló como un aspecto importante. Su libro apareció en el lugar y el momento oportunos. Convenció a una generación entera de clínicos experimentados y de expertos en política sanitaria de que aceptasen la economía de la salud como esencial para la formación política.

A Cochrane lo convencieron maliciosamente de que los médicos no sólo pueden hacer más daño que beneficio, sino que, en general, lo hacen normalmente. En discusiones informales, no estaba interesado de verdad en las muchas otras explicaciones posibles para descubrir que, tras ajustar los datos conforme a las diferencias de PIB per capita, los países con más médicos (o con más pediatras) per capita tenían tasas más elevadas de mortalidad infantil. Aunque nunca introducía sesgos cuando manejaba estadísticamente los datos, en la discusión adoptaba posturas sesgadas contra la efectividad de la medicina clínica, quizás porque le molestaban las arrogantes y opuestas suposiciones de los clínicos.

LEGITIMACIÓN DEL ESTADO COMO PRODUCTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

Cochrane no tuvo en cuenta la legitimación del Estado que, durante siglos, había sido, por lo menos, un producto tan importante de los sistemas sanitarios públicos como el incremento de la salud. Quería que el NHS se transformara en algo más racional, exclusivamente en términos de su contribución al incremento de la salud. Concebía acertadamente el incremento de salud en los términos lo más amplios posibles que incluían la felicidad, aunque la misma fuera difícil de medir. Prestó particular atención a los gastos, desgraciadamente bajos, del NHS en sus funciones de carácter hotelero para la atención a los ancianos enfermos (nutrición, alojamiento, y cuidados generales, que deben ser más propios de unos huéspedes que de enfermos mentales o prisioneros). Animado por la Escuela de Economía de York, analizó (no de manera muy sistematizada, como su subtítulo admitía) el NHS, como una industria, con ingresos,

procesos de fabricación y productos. Pero prestó escasa atención a lo que se podía perder por contemplar la atención sanitaria exclusivamente como productora de un incremento comprobado de salud.

El periodista conservador Bagehot, escribiendo en 1867, unos años después de que Benjamin Disraeli hubiera lanzado su arriesgada apuesta para extender el voto a los hombres que no tenían más propiedades que las casas en las que vivían, dio el siguiente consejo útil, entonces y para el futuro previsible, a los dirigentes:

“Como hasta la fecha, una minoría dirige, por su poder, no la razón de la multitud, sino su imaginación y sus hábitos, junto con sus caprichos. Las dirigen como cosas distantes que no conocen en absoluto, y lo hacen con sus costumbres como si fueran cosas próximas que conocen muy bien”²⁹.

A los gobiernos establecidos por y para los ricos, que continuaban mandando en su propio interés pero que se veían ahora obligados a lograr el consentimiento de un electorado al que acaba de concedérsele el derecho al voto en las democracias parlamentarias, les enseñó Bagehot tres principios fundamentales que aún están vigentes hoy en día:

Primero, estos regidores debían aprender a respetar los cerebros de sus votantes. Los pobres pueden razonar igual de bien que los ricos. El viejo adagio de la industria de la publicidad es válido: nunca subestimes la inteligencia del público, nunca sobrestimes el conocimiento del público.

Segundo, los dirigentes debían, lo más posible, controlar la imaginación de la multitud a propósito de “las cosas distantes que no conocen en absoluto”, lo que significa el conjunto del universo excepto lo que es familiar para sus vidas diarias. Los multimillonarios propietarios de periódicos y de medios de radiodifusión todavía piensan que las multitudes de cada lugar temen y siguen ignorando a las multitudes de fuera.

Por último, los ricos debían respetar prudentemente “las costumbres de la gente como si se tratase de asuntos que ellos conociesen muy bien” y, siempre que fuera posible, aparentar ser sus patrocinadores. El respetar el libre acceso a los médicos, a las enfermeras, a los hospitales y al NHS

están incluidos ahora entre estos hábitos, aunque los ricos, naturalmente siguen asumiendo que son actos de caridad.

Los economistas de la salud, adaptándose a los proyectos neoliberales³⁰ dieron la bienvenida a *La Efectividad y Eficiencia*, como un importante paso hacia una atención sanitaria más racional. Si no hubieran aceptado esto, habrían permanecido leales al camino en el que Bevan había plantado sus pies y *La Efectividad y Eficiencia* habrían servido para el progreso. Por el contrario, los economistas asumieron que, como sistema de producción, la atención sanitaria tenía que funcionar esencialmente de la misma manera que la producción y el comercio de mercancías industriales, con los que estaban familiarizados y con los que se sentían cómodos, aunque, naturalmente, con numerosos requisitos. Me temo que Cochrane hubiera compartido esta visión si hubiera vivido más tiempo. A pesar de su cariño por las piruetas mentales, al fin y al cabo, era un hombre del sistema.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA COMO SISTEMA DE PRODUCCIÓN

Históricamente, el análisis de la atención sanitaria como sistema de producción se remonta al nacimiento de la Economía de la Salud y de su ciencia hermana la Epidemiología, gracias al trabajo de Sir William Petty, en el despertar de la revolución inglesa del siglo XVII³¹, seguido por Pierre Louis, a seguidas de las series de revoluciones que hubo en Francia tras 1789³². Desde entonces, los análisis objetivos de la salud social y de la sanidad han resistido repetidos nacimientos, declives y redescubrimientos, relacionados siempre con las tendencias políticas.

Cada nuevo nacimiento de la Economía de la Salud se enfrentó con la resistencia de la mayoría de los profesionales sanitarios porque ponía en peligro el comercio de lo que entonces era un producto extremadamente cuestionable. En 1914, Codman presentó un análisis objetivo que medía los gastos e inversiones y los resultados de la cirugía en un hospital de

Boston y fue por ello menospreciado por sus colegas de profesión durante el resto de su vida³³. En los primeros meses del NHS, Fergusson y McPhail³⁴ analizaron los resultados de la asistencia hospitalaria pasados dos años tras el alta. El 56,6% de los enfermos o no estaban mejor o habían muerto. Esta estadística llamó la atención en aquel tiempo y, en consecuencia, por lo general, se ignoró. Pocos profesionales tienen suficiente fe en su trabajo, como para aceptar de buen grado el reto de medir sus resultados y, en aquellos tiempos, éste no era un mensaje que quisieran oír los medios de comunicación.

Los abandonos del trabajo médico por discusiones de tipo económico o por huelgas dieron lugar a experimentos naturales. En 1976, un trabajo a ritmo lento, en protesta por las primas elevadas de los seguros de mala práctica en el Condado de Los Ángeles se asoció de manera convincente a una reducción de las tasas de mortalidad de la población, probablemente a causa de la reducción de la cirugía programada³⁵. La mayor parte de estas operaciones se hacían probablemente no para prolongar la vida, sino para mejorar su calidad, pero ello conllevaba inevitablemente un pequeño riesgo operatorio. La huelga de médicos generales en Jerusalén en 1983, que duró veintisiete semanas y que eliminó toda la asistencia del sector público, excepto los ingresos hospitalarios urgentes (que aumentaron por encima de un 20%) mostró que había exactamente la misma mortalidad durante las semanas de huelga como las dos que la precedieron y en todo el año precedente, en que no hubo ninguna huelga³⁶. Es evidente que los nihilistas tienen un motivo bastante bueno para merecer que se les dé una respuesta.

Esto hace surgir la enorme duda de si las variaciones en la esperanza de vida son, en cualquier caso, una medida válida de la producción del NHS. Si la mayoría de las actividades del NHS no implican salvar vidas, sino hacerlas más felices y menos dolorosas, lógicamente, los incrementos en felicidad y las reducciones de dolor serían mejores medidas de producción. Son mucho más difíciles de medir, pero no imposibles, en realidad, y hay una substancial literatura de investigación relativa a ellos.

Por otra parte, es mucho más fácil obtener e interpretar datos fiables sobre muertes y las edades a las que las mismas se producen y los mismos tienen un inmediato significado intuitivo para todo el mundo. Aún más, los efectos colaterales más serios de las actuaciones médicas y quirúrgicas que se planean para mejorar la vida, en lugar de para prolongarla, son sucesos fatales. Aunque casi toda operación conlleva hoy en día a una mortalidad de menos del 1%, excepto en gente muy anciana, esta cifra sigue implicando que, cuanto más se opere, más muertes habrá. El uso masivo de medicación también conlleva tanto resultados positivos como negativos. Como quiera que incluso los beneficios son, por lo general, pequeños, el balance positivo en calidad de vida, frente a las pérdidas de duración de la misma, debe establecerse todavía de comparaciones entre personas tratadas y no tratadas, en términos de mortalidad por todas las causas. La mortalidad es una medida tosca pero, aún así, sigue proporcionando el fundamento más convincente para cualquier tipo de argumentación y de acción. También necesitamos medidas de morbilidad y, quizá incluso más, de lo que es su punto opuesto, medidas de bienestar valorado por los propios sujetos, pero las mismas casi siempre siguen los mismos patrones que la mortalidad y las lecciones que se sacan de ellas son, generalmente y en gran medida, las mismas.

DISTANCIA ENTRE LAS POSIBILIDADES Y LAS REALIDADES

La revisión clásica de John Bunker, *Costes, Riesgos y Beneficios de la Cirugía*³⁷, renovó el trabajo de Codman en una época más crítica, pero también más confiada y, por lo tanto, menos defensiva. Posteriormente en, 2001 estimó la contribución global de los tratamientos médicos y quirúrgicos en la prolongación de la vida a lo largo de los cincuenta años anteriores, desde la Segunda Guerra Mundial, cuando empezó a ejercer como anestesta. Concluyó que posiblemente la mitad del incremento de años de vida logrado en la segunda mitad del siglo XX podía atribuirse a la actuación de los médicos³⁸. Nolte y McKee³⁹, revisando los estudios de Bunker en una magistral revisión de toda la literatura en Inglés sobre la

contribución real y potencial de la Medicina a la reducción de la mortalidad, encontraron que sus suposiciones eran demasiado optimistas, principalmente a causa de la brecha existente entre lo que se había demostrado que era posible en los ensayos de investigación y lo que se lograba, de hecho, en la práctica, porque la asistencia rutinaria no es equiparable a la que se lleva a cabo en la investigación, y aún más, porque, simplemente, la asistencia rutinaria no alcanza, a una elevada proporción de la gente que la necesita, incluso existiendo el acceso universal gratuito a través de la atención primaria del NHS.

Hasta hace muy poco tiempo, la mayoría de los ensayos de investigación se llevaban a cabo en entornos restringidos cuya población y cuyas carreras profesionales diferían profundamente de las de los que se atienden en una consulta habitual. La mayoría de los ensayos excluían a los ancianos con problemas complejos, aunque los problemas más reales aparecían precisamente en este grupo de la población. En lo relativo a los procesos crónicos habituales, los problemas sencillos sin complicaciones son raros. Por lo general, los trastornos simples representan una percepción excesivamente simplificada de la realidad por parte de médicos que tienen que colocar las estrictas etiquetas de las enfermedades, a fin de elegir el tratamiento efectivo o la oportuna derivación, con objeto de lo que esperan que sea un nexo vulnerable en el mecanismo de producción de la enfermedad. No tratan de llevar a cabo una descripción realista de lo que la suma de todos los problemas de salud que, de hecho, hace soportar a los enfermos⁴⁰. La limitación de tiempo, las habilidades y conocimientos cada vez más estrechamente limitados por la especialización y la merma imaginación animan a los profesionales sanitarios a limitar los problemas que observan a aquellos con los que se sienten capaces de enfrentarse, bien para resolverlos o, al menos, para estabilizarlos⁴¹. Se anima por definición a los especialistas a que limiten su responsabilidad por este mecanismo, incluso aunque muchas de las enfermedades en las que se especializan tienden a estar estrechamente relacionadas entre sí, por tener causas interdependientes (y, por tanto, soluciones también interdependientes)⁴². Aunque las soluciones para muchos problemas de salud

específicos se han desarrollado precisamente por haber ignorado otros problemas y es cierto que esta simplificación deliberada puede ser útil, es fácil olvidar que esta forma de actuar es, por lo general, un falseamiento de la realidad, que conviene a los profesionales, pero a menudo conduce a absurdas ineficiencias para los enfermos.

Como ha dicho Barbara Starfield, el redescubrimiento de la complejidad de la realidad es ahora el campo más importante para la investigación en atención primaria⁴³, que podría llevar eventualmente a una amplia reorientación del NHS en su conjunto, si vuelve a asumir su nueva conversión en un servicio unificado. Por otra parte, si continúa fragmentándose en unidades competitivas, será mucho más difícil reunir los servicios para que se enfrenten con los complejos problemas sanitarios y sociales de una manera racional y coordinada.

¿PODEMOS ACORTAR LA DISTANCIA ENTRE LO QUE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES HACEN POSIBLE Y LO QUE LOS RECURSOS DE ESTE MOMENTO PUEDEN LOGRAR?

Nolte y McKee compararon, en 1988, las tasas de mortalidad por enfermedades susceptibles de ser tratadas en diecinueve países con economías desarrolladas. Los Estados Unidos ocupaban el lugar decimoquinto respecto a esperanza de vida ajustada por discapacidad y el decimosexto respecto a mortalidad prematura por causas tratables. El Reino Unido ocupaba el décimo lugar respecto a esperanza de vida ajustada por discapacidad y el decimoctavo respecto a mortalidad prematura por causas tratables⁴⁴. Ninguno de los dos países podía presumir demasiado en estos aspectos.

Ya desde que los primeros pioneros empezaron a hacer investigación activa sobre la morbilidad crónica susceptible de ser tratada en poblaciones en su conjunto, hemos sabido que más o menos la mitad de la mayoría de los procesos crónicos frecuentes en el mundo de habla inglesa no se detectan, la mitad de los que se detectan no se tratan, y la mitad de los que

se tratan no se controlan: la “Regla de las Mitades”⁴⁵. Este enfoque se derivó originalmente de estudios comunitarios sobre hipertensión⁴⁶. Pero estudios similares de población global, respecto a otros muchos problemas, han mostrado un orden similar de magnitud de bajas proporciones de diagnósticos, de tratamientos y faltas de seguimiento. Se han referido a diabetes tipo 2⁴⁷, sordera⁴⁸, deterioro de la vista⁴⁹, incontinencia en el anciano⁵⁰, glaucoma⁵¹, enfermedad celiaca⁵², asma infantil⁵³ y del adulto⁵⁴, insuficiencia renal⁵⁵, fracturas vertebrales por osteoporosis⁵⁶, suicidio por depresión⁵⁷, violencia doméstica⁵⁸, obstrucción prostática⁵⁹, insuficiencia cardíaca⁶⁰, fibrilación auricular⁶¹, esquizofrenia⁶², seguimiento tras ictus⁶³ y episodios coronarios⁶⁴ y problemas psicosociales infantiles⁶⁵. Los pacientes ingresados en instituciones para crónicos, que están teóricamente bajo supervisión de expertos, no ofrecen mejores cifras, pues no tienen reconocidas alrededor de la mitad de sus necesidades tratables⁶⁶. Esta incompleta lista muestra nada más que lo que me he encontrado al leer unas pocas revistas de Medicina General a lo largo de aproximadamente la última década. Las “Mitades” sólo representan un orden de magnitud, pero en muchos de los estudios la proporción de gente con necesidades no satisfechas es mucho mayor. En Gran Bretaña, durante las tres últimas décadas, los problemas de salud que se han presentado, se han identificado y se han tratado, en su conjunto, representan la mitad de los problemas reales de los que forman parte, a menudo incluso menos. Para poblaciones contempladas de manera global, las cifras de Estados Unidos parecen similares. Sus porcentajes de detección mayores, sus actitudes más agresivas hacia el tratamiento y las mayores expectativas por parte de los enfermos que tienen acceso a una atención personalizada, se combinan entre sí para reducir las necesidades no satisfechas, pero el 15 al 20% de quienes sólo tienen acceso a la asistencia de urgencia tienen a menudo enormes necesidades insatisfechas que, en el momento actual, se ven rara vez en el NHS.

ACABAR CON LA REGLA DE “LAS MITADES”

Allá donde la sanidad es gratuita y los equipos de atención primaria tienen asignados enfermos cuyos nombres, direcciones, números de teléfono (y pronto direcciones de correo electrónico) se conocen, no necesitamos esperar a que la gente se sienta enferma para indagar sistemáticamente los importantes riesgos que amenazan a su salud.

En Glynccorwg decidimos en 1968 hacer estudios de detección en el conjunto de la población de factores de riesgo para la salud, con la idea de poder aplicar los conocimientos que se tenían entonces lo más ampliamente posible. Dado que la hipertensión arterial, incluso muy importante, causa rara vez síntomas hasta que ha dado lugar a deterioro severo de órganos, esta importante variable relacionada con la salud tiene que medirse en todos los adultos, a intervalos de alrededor de cinco años a lo largo de todas sus vidas. Éste fue, por lo tanto, el primer problema que decidimos detectar, empezando en 1968 y concluyéndolo en 1970⁶⁷. Logramos incluir al 100% de los varones y al 98% de las mujeres de entre 20 y 65 años de edad⁶⁸, creando lo que fue, en tanto en cuanto yo sé, la primera comunidad en el mundo en la que se conocía la tensión arterial de todos los ciudadanos. Todos los que era probable que (sobre la base de lo que se sabía entonces) se beneficiasen de manera substancial del tratamiento podían tener la posibilidad de recibirlo⁶⁹. Entre 1968 y 1987, buscamos de manera sistematizada otras causas tratables frecuentes de mal estado de salud en todos los mayores de 20 años, principalmente usando las consultas normales para obtener datos más allá de los estrictamente precisos para manejar los problemas, generalmente sin importancia, por los que consultaban. Al revisar en 1989 a los 1207 adultos de este grupo de edad, un 44% tenían problemas crónicos de pecho*, 36% eran fumadores habituales, 16% necesitaban tratamiento para hipertensión arterial, 11% tenían serios problemas de alcoholismo y 3,5% eran diabéticos, en cada caso, usando criterios diagnósticos bien definidos. La mayor parte

* Hay que recordar que se trata de un área minera del Sur de Gales (*N. del T.*).

de los problemas se superponían unos con otros⁷⁰. No sólo había muchos problemas de salud para que su derivación a la atención especializada fuese factible, sino que además los problemas eran al mismo tiempo demasiado complejos. Todos los problemas necesitaban médicos generales comunitarios y sólo una pequeña parte necesitaban especialistas hospitalarios⁷¹.

¿Estuvieron esta búsqueda de casos⁷² y esta asistencia anticipada justificados por la evidencia de que implicasen un eventual beneficio en salud⁷³? Ciertamente sí. En 1987 comparamos las tasas de mortalidad de menores de 65 años durante el quinquenio 1981-86 en Glyncoirwg (donde se había desarrollado este programa activo acumulativo desde 1968) y en la comunidad de Blaengwynfi⁷⁴, socialmente similar, donde se había prestado sólo asistencia tradicional a demanda por parte de tres médicos sucesivos entre 1968 y 1985⁷⁵. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad en menores de 65 años eran un 28% más bajas en nuestra comunidad, a la que se la había atendido mediante el programa asistencial activo planificado a lo largo de los tres quinquenios. Las diferencias residían principalmente en las muertes en el primer año de vida y en las debidas a causas cardio-respiratorias. Era lo que cabría esperar porque es en éstas en donde las intervenciones médicas son más efectivas⁷⁶.

Nuestras técnicas se basaron en la existencia de tasas de frecuentación muy elevadas, típicas de todas las comunidades de mineros de carbón con tradiciones antiguas de atención médica gratuita y con cargas muy importantes de enfermedades y de lesiones y en el logro de proporciones muy altas de respuesta en nuestros trabajos de investigación. Estas altas proporciones se consiguieron por la confianza lograda gracias a nuestra actuación, la de unos profesionales integrados en la comunidad local, siempre dispuestos a proporcionar atención tanto continuada como de urgencia⁷⁷, con toda la eficiencia que conlleva atender a personas a las que se conoce bien, con historias clínicas bien llevadas, siempre disponibles, que se usaban en cada contacto clínico y reforzadas por los frecuentes contactos informales en contextos no médicos y, sobre todo, actuando

sobre una población fija y definida con precisión. Esto último hacía que el numerador de cada uno de los parámetros estudiados tuviese como denominador a la población total, la condición previa absoluta para cualquier tipo de investigación relevante para las políticas de atención sanitaria⁷⁸.

EL RECHAZO DE “LA LEY DE LA ATENCIÓN INVERSA”

En todo el mundo, cuanto más necesita una comunidad una buena atención sanitaria, menos probable es que la reciba. Esta es una perogrullada que resumí en 1971 como “La ley de la Atención Inversa”⁷⁹. Unas cifras altas objetivas de carencias sociales⁸⁰, unos ingresos medios per capita bajos en la comunidad, una morbilidad y mortalidad prematura elevadas y una carga alta de trabajo en atención primaria⁸¹ se asocian en todos los casos con tiempos medios cortos dedicados a cada consulta⁸². Los pobres contraen con más frecuencia y más prematuramente enfermedades que los ricos, pero las comunidades donde habitan son menos atractivas para los médicos⁸³, y hay que gastar potencialmente mucho más tiempo clínico en defender los derechos de quienes sólo reciben miserables beneficios, para que esas pobres gentes sigan su tratamiento, por encima de cualquier certificado de que están en condiciones de trabajar⁸⁴. El sufrir situaciones de paro masivo con sus devastadoras y duraderas consecuencias sobre la salud social y biológica es el factor común más importante que comparten todas estas comunidades⁸⁵.

“La ley de la Atención Inversa” es una consecuencia del mercado que, sin pausa, subordina los valores humanos al logro de beneficios. Es algo elaborado por el hombre, no es una ley de la Naturaleza. Sacando la atención sanitaria del mercado, podría eliminarse y, eventualmente, se eliminaría. Volviendo a meter por la fuerza la atención sanitaria socializada en el mercado, esta realidad adquirirá de nuevo fuerza, un crimen del que los políticos que adoptan este tipo de política deben ser considerados los responsables absolutos.

El NHS de antes de la “reforma” proporcionaba un marco dentro del cual los médicos generales podían, al elevado costo personal de unos ingresos netos más bajos, iniciar una atención preventiva sistemática, de la misma manera que una buena atención tradicional a demanda⁸⁶. Obtuvimos eventualmente cierta evidencia de que estábamos teniendo éxito. En una clasificación mediante el índice de Townsend* de las carencias existentes en las 55 circunscripciones electorales del Condado de West Glamorgan entre 1981 y 1989, dos pueblos, Glynccorwg y Blaengwynfi, se encontraban ambos entre las cinco circunscripciones con más carencias. Clasificando las mismas circunscripciones por mortalidad ajustada por edad en menores de 65 años, Glynccorwg estaba en tercer lugar (al lado de las áreas más opulentas de Swansea) mientras que Blaengwynfi estaba en el lugar trigesimotercero. La buena atención en demanda en Blaengwynfi había logrado obviamente que las cosas no estuviesen totalmente mal, pero probablemente podría haber dado resultados substancialmente más efectivos si se hubiese complementado con la aplicación, a toda la población, de la búsqueda sistemática de los problemas, las revisiones y las pautas clínicas protocolizadas. Estos datos tienen la limitación del pequeño número de casos y del diseño como “experimento natural”, pero en el contexto de este tipo de políticas, son virtualmente los únicos de que disponemos, al menos en lo que se refiere al Reino Unido⁸⁷.

LA PRODUCTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Esta experiencia atrajo la atención del gobierno y del servicio médico civil, proporcionando aparentemente un modelo inicial de lo que se convirtió, en su momento, en el contrato de los médicos generales de 2004⁸⁸. Cuando yo trabajaba en atención primaria en el NHS, se contrataba a los

* Índice usado en el Reino Unido que mide múltiples carencias en un área de población. Se calcula combinando cuatro variables del censo: desempleo, hacinamiento, no poseer automóvil y no poseer vivienda. Cuanto mayores son los números en cada apartado, más alta es la tasa de carencia (*N. del T.*).

médicos generales para prestar el servicio “que normalmente prestaba un médico general”⁸⁹, en otras palabras, a los médicos generales se les exigía que hiciesen lo que los otros médicos generales hacían, una eufónica redundancia que había satisfecho a todos los gobiernos desde 1912 hasta 1990. A partir del Libro Blanco de 1987 y el consiguiente contrato de 1990, ha habido sucesivas enmiendas orientadas a estimular el trabajo programado que el gobierno consideraba que era probable que aumentase la productividad de la sanidad y desplazase de nuevo las responsabilidades de la atención ambulatoria desde las consultas hospitalarias a la atención primaria, particularmente en lo relativo a la atención continuada de los problemas crónicos de salud.

En un discurso en 1989 el Secretario de Estado para la Sanidad conservador, Kenneth Clarke, fijó un programa completamente nuevo para la atención primaria. Este programa lo han seguido todos los gobiernos desde entonces, hayan sido laboristas o conservadores⁹⁰. Antes de Clarke, ningún ministro de sanidad, incluido Nye Bevan, se ha tomado en serio el producto clínico de la atención primaria. Se han preocupado casi de manera exclusiva de satisfacer a los usuarios, en lugar de interesarse en mejorar de forma verificable bien sea su salud, la salud de sus comunidades o de su eficiencia como “filtros”^{*} para los especialistas hospitalarios. La tarea de los médicos generales era hacer todo aquello que o no era todavía posible hacer a los especialistas hospitalarios o les parecía demasiado banal para merecer su atención. Los especialistas hospitalarios proporcionaban el motor para el que la atención primaria proporcionaba el embrague que venía a conectar los hospitales con las necesidades populares, pero protegiéndolos del impacto total directo de los deseos indiferenciados y sin prioridad lógica del público⁹¹. A diferencia de los hospitales de Estados Unidos o de la mayoría de los hospitales de los países europeos occidentales, los del NHS podían concentrarse para trabajar de forma adecuada sólo para ellos, pues el acceso a los especialistas en el

* En inglés se usa la palabra *gatekeeper*, portero o cancerbero (N. del T.).

NHS sólo se obtenía a través de la derivación desde los médicos generales. Todo el mundo tenía acceso a un médico general que funcionaba como un médico personal⁹² y que actuaba, al mismo tiempo como “filtro”, a favor de los gobiernos preocupados en contener los costes de la atención hospitalaria y en beneficio de los enfermos preocupados por evitar riesgos de iatrogenia desproporcionados a los probables beneficios. A mitad de los años sesenta, el gobierno británico empezó a reconocer el valor de esta función cuando vio las consecuencias económicas de su pérdida en Estados Unidos, donde los médicos de familia se fueron convirtiendo en un recuerdo nostálgico, y en Europa Occidental, donde se les fue marginando por el acceso directo a los especialistas.

Más que ningún otro factor aislado, esta función de “filtro” es la que ha hecho que el NHS sea el más eficiente de todos los sistemas sanitarios occidentales, pero los gobiernos vieron principalmente lo que querían ver: que la atención primaria era mucho más barata que la hospitalaria. También vieron que la atención primaria era a menudo chapucera, estaba mal organizada, tenía poca plantilla y estaba mal equipada, pero si se hacía que los médicos generales contratasen las derivaciones de manera individual e independiente, esta realidad podría verse como un fracaso suyo, no del gobierno. Simplemente con que los médicos generales actuaran como meros orientadores y seleccionadores de las derivaciones a los “verdaderos” médicos (los especialistas hospitalarios) de los alrededor de un 5% de los enfermos que acudían a sus consultas, serían baratos respecto al 95% restante de problemas que resolvían por sí mismos. Sin embargo, las decisiones adecuadas de derivación dependían de la calidad y la magnitud de las competencias de los médicos generales y de que dispusiesen de suficiente tiempo para cada consulta para poder aplicarlas. Todo esto incrementaba los costes de la atención primaria. La aceptación por parte de los pacientes de esta función de “filtro” dependía de la confianza de público en que la atención primaria era adecuada y efectiva, de modo que las inversiones en la misma tenían que incrementarse⁹³.

Los enfermos, entonces y ahora, confiaban en los médicos y en las enfermeras más que en ningún otro colectivo profesional. A pesar de varias décadas de crítica hostil por parte de los medios de comunicación, el 91% del público británico todavía confía por lo general en que los médicos le dicen la verdad, frente a un 88% que lo hace respecto a los maestros, un 77% respecto a los profesores universitarios, un 76% respecto a los jueces y, en los niveles más bajos, un 20% respecto a los políticos y un 16% respecto a los periodistas⁹⁴. Ahora bien, aunque creían que los médicos generales les decían la verdad, las crecientes expectativas y el decreciente prestigio implicaban que, para conservar la confianza del público en su efectividad como lo hacían en su fiabilidad, los médicos generales tendrían que utilizar unos conocimientos cada vez mayores en la atención primaria igual que se suponía que estaban haciendo los especialistas en los hospitales. Frente a las suposiciones del gobierno, de los medios de comunicación y del pueblo en general, tan importantes hoy en día como lo eran en 1989, las competencias de los generalistas requieren, por lo menos, tanto conocimiento, educación y dedicación como las de los especialistas. También necesitan recursos materiales y equipos humanos mucho más amplios y diversificados que los que tenían en el pasado, lo que implica un enorme cambio en la proporción de inversiones en atención primaria, en relación con las de la hospitalaria, para que ambas alcancen niveles de dotación comparables. La inversión pública en la cuantía requerida no puede vehicularse a través de los bolsillos de los médicos generales convertidos en contratadores independientes, asumiendo que dirigen un pequeño negocio en el que los beneficios dependen de cuánto dinero se gastan en sí mismos y cuánto se dedica al servicio. En términos de inversión humana, aunque no de inversión en tecnología, la atención primaria no es una alternativa más barata. Probablemente no pueda desarrollarse hasta su total potencial ni en las antiguas “tiendas de la esquina” ni en los “supermercados” de nuestro ya anticipado futuro. Ni la atención primaria ni los hospitales pueden desarrollarse de manera óptima en el mercado. Estas verdades no han sido todavía aceptadas por ningún gobierno ni ningún partido político importante. Parece que están introduciéndose lentamente en la Asociación

Médica Británica (BMA) que, sin alardes, ha llegado a reconocer que, en zonas donde la carga de trabajo del NHS y las necesidades sociales son elevadas y los recursos escasos, un servicio de atención primaria a base de médicos asalariados puede ser la única forma de poder contratar profesionales comprometidos.

Todos los gobiernos han dado ahora el primer paso hacía una comprensión racional de la atención sanitaria. Todos reconocen que es un sistema de producción, con ingresos, productos y eficiencia susceptibles de medirse y que no puede ser, por más tiempo, una institución casi religiosa que no puede someterse a crítica⁹⁵. La agenda de Clarke, parada en 1989, no vio nada más allá de esa fecha. Asumía que la economía interna del NHS se asemejaba en esencia a la economía externa del capitalismo, susceptible de someterse a medidas similares en lo que respecta a ingresos y producto, a una similar fragmentación del trabajo y de las responsabilidades, a unas relaciones similares entre proveedores y consumidores, a las mismas motivaciones para la obtención del máximo rendimiento económico, en lugar del mejor servicio, y a una similar desestabilización de las costumbres y lealtades tradicionales. Guiados por la opinión que predominaba en la organización médica más despilfarradora y socialmente más ineficiente del mundo, los sucesores de Thatcher y de Clarke en el gobierno, incluido el nuevo partido laborista, han aceptado su programa. La continuidad en la atención personal que constituía el fundamento de nuestro trabajo que tuvo éxito en Glyncorrwg fue la primera víctima del camino hacia la industrialización y la segunda fue la función de “filtro”.

El contrato que se pactó por último con los médicos generales en 2004 está diseñado sobre la base de una atención primaria como un proceso de producción, con la finalidad de elevar su eficiencia mediante una extremadamente compleja y administrativamente costosa combinación de premios por lograr los objetivos y penalizaciones por no lograrlos. Esto estimula un enfoque industrial del proceso asistencial, elevando hasta el máximo los ingresos del médico general cuando hay marcada una crucecita en cada una de las casillas, pero ignorando enormes áreas del ejerci-

cio profesional que todavía no tienen casilla para poner la crucecita. Cuando se pagó a los médicos generales dinero extra por las visitas domiciliarias realizadas a partir de las diez de la noche, se tendía a dejar en espera las llamadas que se recibían a las nueve y media durante treinta minutos más. Cuando se puso el objetivo de que los enfermos se vieran dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a solicitarlo, los médicos generales dejaban de concertar citas a partir de unas pocas semanas por delante (que son las citas que se necesitan para revisar los procesos crónicos) y se les indicaba a todos los enfermos que llamasen a las consultas dentro de las cuarenta y ocho horas previas al momento en que habían de ser vistos. A esto se le llama saber trampear con el sistema, lo que es esencial para una planificación realista del negocio. Los palos y las zanahorias verdaderamente provocan movimiento, pero en sistemas muy complicados que requieren con frecuencia decisiones entre prioridades que, a menudo, implican un conflicto, no es sensato aplicar a hombres y mujeres inteligentes métodos que se han inventado para asnos. Tal cosa deprime la moral, destruye la imaginación y elimina la conciencia⁹⁶.

SUBPRODUCTOS DEL NHS

Los problemas de salud son todos, en parte, de naturaleza social, pues los seres humanos son animales sociales. La atención sanitaria se separa convencionalmente de la atención social, pero, de hecho, es un apartado particular de ésta. Esta separación convencional ha sido útil, en cierto modo, para entender los problemas de forma aislada pero, tan pronto como miramos de cerca a cualquier problema concreto en su completo contexto biológico y social, hemos de reconocer que estas divisiones son arbitrarias.

De igual modo que los problemas sanitarios y los sociales son, de hecho, tan interdependientes que ninguno de ellos puede entenderse por completo por sí solo, lo mismo ocurre con sus soluciones. Si el NHS genera un producto susceptible de medirse, una gran parte del mismo debe ser un producto social, en lugar de ser un beneficio personal para

cada paciente en particular. Comoquiera que la finalidad y la reivindicación primordial del NHS es producir un beneficio personal en términos de salud, su prestigio reside en esto. Todos los demás productos sociales se consideran, por lo general, subproductos, si es que se consideran algo. De nuevo, la distinción es arbitraria. Refleja una sociedad que corona a los consumidores individuales como reyes y luego se pregunta por qué ya no hay reino.

Ya hemos considerado al NHS como un legitimador del estado. Además de tratar y de prevenir enfermedades, el NHS anterior a la “reforma” producía estabilidad y consenso sociales. Hacía el papel de un freno importante sobre los efectos socialmente desestabilizadores de la sociedad de mercado. Ayudaba a estabilizar la sociedad lo bastante como para que la riqueza se acumulase con un reparto cada vez más desigual y, por lo tanto, inestable⁹⁷, pero también para que los trabajadores se organizaran en el contexto de una substancial protección legal (actualmente en gran manera eliminada). Como era en sí mismo un producto con éxito de la solidaridad, el NHS también reforzaba esta solidaridad, le daba nuevas formas sociales y le proporcionaba una especie de rincón protegido dentro del cual la misma pudiera crecer. En la medida en la que el NHS pueda desarrollar sus propias economía interna y culturas diferenciadas, podrá servir a los intereses tanto de las gentes que viven de lo que poseen (cuyos intereses consisten en la acumulación sin problemas de unas riquezas que, aparentemente se multiplican por sí solas), como de quienes viven de lo que hacen (cuyos intereses se basan en la solidaridad para defender lo que tienen y para desarrollar hábitos e instituciones que puedan servir eventualmente de bases para construir una sociedad de cooperación).

El NHS sólo podrá servir a los intereses, fundamentalmente contrapuestos, de estos dos grupos de personas si recupera su independencia cultural y económica, reestablecida por una firme voluntad política central. En tanto en cuanto el NHS se vea inmerso en la producción de atención sanitaria como si ésta fuera un bien de mercado y su prestigio se convirtiera en una mera marca registrada para la obtención de una vida más

larga y mejor, como si se tratara de una mercancía comercial, estas dos funciones declinarán inevitablemente. ¿Por qué se confía más, al menos cuatro veces más, en los médicos y en las enfermeras que en los políticos y los periodistas? Porque todavía, en general, sus ingresos no dependen de que vendan a las gentes aquello que no necesitan pero que pueden de alguna manera verse inducidos a desear, bien sea por miedo, por moda o por vanidad. Todavía proporcionan soluciones reales para problemas reales, conforme a prioridades en las que generalmente se está de acuerdo que se determinan por evidencias objetivas y no por las necesidades del comercio. Si el NHS se convierte en una mera franquicia de marca para contratistas de negocios, su prestigio social desaparecerá tan rápidamente como el de cualquier otro servicio público privatizado.

El 10 de mayo de 2002, un titular dominaba la portada del diario *The Guardian*⁹⁹, que representa ahora la opinión liberal de izquierdas británica, en ausencia de un periódico socialista de amplia circulación:

“LA CRISIS SANITARIA SE ACERCA AL ELEVARSE LA ESPERANZA DE VIDA”.

De este modo se enfrenta el NHS a la previsión de que la gente viva más tiempo, pero, ¿no era eso, ciertamente, lo que el NHS trataba de hacer? El logro se percibía como un problema sólo porque, todavía en el momento de ese titular, el NHS era un servicio público, no un negocio y, por lo tanto, un consumidor y no un fabricante de riqueza, en la demencial terminología aceptada tanto por *The Guardian* como por el *Daily Mail*. ¿Por qué no dedicamos más todavía de nuestro producto social a educación y a sanidad, si estas inversiones amplían y alargan las oportunidades de nuestros descendientes? Porque no se mira a la riqueza como un producto social, sino como la recompensa al ingenio personal por parte de quien está al frente del sistema.

EL NHS COMO UN TERRENO EN EXPANSIÓN PARA EL NUEVO EMPLEO

Otro subproducto del NHS son los puestos de trabajo. Conforme las máquinas reemplazan a las habilidades humanas y los salarios de subsistencia en Asia substituyen a los sueldos dignificados de Europa y Norteamérica, las ofertas de puestos de trabajo disminuyen. Si nos preguntamos cómo puede justificar el gobierno los enormes subsidios de dinero público que da a la exportación de armas para destruir la vida, la prensa y los políticos nos recuerdan los puestos de trabajo que dependen de la industria de armamento. El NHS también crea empleos. A diferencia de la industria de armamento, no sólo salva vidas, sino que es también de tipo de trabajo intensivo, más que capital intensivo y su expansión depende, en gran parte, de desarrollar aún más las habilidades y competencias de su fuerza de trabajo. Incrementando la sanidad, gana todo el mundo.

En 1993 el economista estadounidense William Baumol predijo enormes cambios en la composición de la economía de los Estados Unidos en el periodo de cincuenta años que va desde 1990 a 2040¹⁰⁰. Para resumir su argumento, asumió que las tasas de crecimiento de la productividad que había en cada uno de los tres apartados representados por la sanidad, la educación y la suma de la industria y la agricultura, se mantendrán en términos generales constantes. Alrededor de 2040, el producto total de la economía estadounidense aumentará en aproximadamente un 350% de su valor. Materialmente, la nación, en su conjunto, se hará tres y media veces más rica.

Asumiendo las mismas cifras, analizó a continuación los cambios que se esperaban en el gasto total (público y privado) en sanidad, educación, y la suma de industria y agricultura, expresando cada uno de ellos como porcentaje del total en conjunto. Debido a la productividad rápidamente creciente en la industria y la agricultura mediante la substitución del trabajo humano por máquinas, su fracción alícuota en el gasto total caerá del 87,7% al 36%. Como contraste, la productividad del trabajo en los campos de la sanidad y la educación seguirá dependiendo de las competencias

e interacciones humanas cada vez más sofisticadas en las que los estudiosos y los enfermos actúen como coproductores y no como consumidores. En estos sectores, la productividad crecerá, por lo tanto mucho más lentamente. El gasto en educación crecerá del 8,7% de gasto total en 1990 al 29% en 2040, y el gasto en sanidad, del 11,6% al 35%¹⁰¹.

Mientras que el papel de la mano de obra en la industria y la agricultura será cada vez menor, los empleos de los profesionales de la sanidad y la educación de calidad serán cada día más costosos. Suponiendo que esta divergencia continúe al mismo ritmo, en 2040 el gasto proporcional en educación y sanidad subirán más de tres veces, mientras que el correspondiente a bienes de consumo será la mitad del de 1990.

Más del 80% de los costes tanto en educación como en sanidad son atribuibles a los salarios. El aumento previsto de tres veces en los gastos, implica no mucho menos de un crecimiento en tres veces en el empleo en estos dos campos, próximo al crecimiento en tres veces y media que se prevé para la producción de bienes de consumo. Concluye Baumol que, como la producción total de riqueza (tal como se entiende ésta tradicionalmente) aumentará en tres veces y media, habrá dinero bastante para financiar unos gastos más elevados en educación y en sanidad (y en grandes actividades culturales, entre las que las orquestas y la ópera tienen un interés principal). Dependerá exclusivamente de las opciones sociales y políticas. La riqueza seguirá existiendo sin duda y “la sociedad” (sea la que sea) podrá elegir cómo usarla¹⁰³.

Las ideas de Baumol sobre cómo se hacen, de hecho, las opciones políticas parecen ingenuas¹⁰⁴, pero hay otras razones para creer que, eventualmente, habrá que volver a aceptar la expansión continuada de la sanidad y la educación como servicios públicos. En primer lugar, sólo como servicios públicos completamente ajenos a la obtención de beneficios pueden trabajar de manera eficiente para hacer que su producto en términos de incremento de salud sea máximo, en lugar de ser un torrente de actividades, convertidas en bienes de consumo, para perseguir la demanda de los consumidores. El contraste entre los costes administrati-

vos del NHS previo a la “reforma”, un 6% del gasto total y los de los Estados Unidos, un 34% por término medio en los hospitales con ánimo de lucro, habla por sí solo. Otras faltas de eficiencia groseras se derivan de la fragmentación de la atención y la orientación inadecuada de las inversiones, que vamos a analizar en los capítulos posteriores. En segundo lugar, sólo como servicios públicos, completamente ajenos a la obtención de beneficios, pueden el NHS y la educación proporcionar un marco estabilizador para una sociedad en evolución, a la vista de los crecientes conflictos de intereses entre quienes viven de lo que tienen y quienes viven de lo que hacen (y los conflictos que hay dentro del entorno de quienes hacen ambas cosas, véase el capítulo 5). Cuando cualquiera de estos servicios públicos se empieza a ver como un negocio, pierden su función estabilizadora. El hecho de darse cuenta de que estos dos factores actúan podría hacer que se vuelva a un NHS independiente y económicamente viable. Que tal regreso ocurra de hecho depende de las variaciones en la política británica y en la mundial de las que hay, en el momento actual, pocos indicios, pero partiendo de la base de que la independencia de los servicios públicos es la única salida disponible para la creciente inestabilidad, tales variaciones ciertamente van a ocurrir, y van a crear nuevas oportunidades para el cambio.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El NHS es un sistema productivo cuyo producto principal es el incremento de salud. Los incrementos en esperanza de vida son fáciles de medir pero difíciles de interpretar. Los incrementos en felicidad y alivio de dolor han sido substanciales. Son más difíciles de medir, pero no hay excusa para no intentarlo.

La estimación de la contribución de la atención sanitaria al incremento de salud ha oscilado desde el optimismo ingenuo, cuando los médicos gozaban de una relación especial con los dirigentes de la sociedad, a un pesimismo, igual de ingenuo, desde que se convirtieron en un costoso incordio para ellos.

Aunque la atención sanitaria es de menor importancia para la salud que la nutrición material y espiritual, se ha aplicado de manera muy incompleta a poblaciones enteras, incluso en los sistemas sanitarios ajenos al mercado. El objetivo sería que todo el mundo estuviese incluido en un sistema efectivo de atención preventiva.

En su condición de sistema independiente gratuito, el NHS previo a la “reforma” tenía prestigio social y confianza pública. Como subproducto principal, ayudaba a proporcionar un marco social robusto tanto para la acumulación de riqueza como para el desarrollo de nuevos hábitos e instituciones sociales para una sociedad que quiera compartir el futuro. Los que hacen la política ignoran, con el consiguiente riesgo para ellos, este efecto estabilizador.

Notas

¹ El concepto de muerte saludable, no en lo que se refiere al momento en que sucede, sino en cuanto a la naturaleza de la experiencia terminal, ha resultado familiar durante muchas generaciones para los clínicos experimentados, pero hasta hace poco no se ha articulado y, por lo tanto, se ha financiado de manera muy insuficiente (Murray SA, Boyd K, Sheikh A, Thomas K, Higginson IJ. "Developing primary palliative care: people with terminal conditions should be able to die at home with dignity". *British Medical Journal* 2004; 329: 1056.

² Incluso por parte de los médicos, rara vez se aprecia la magnitud del potencial error cuando se toman las decisiones de operar. Por ejemplo, basándose en la prevalencia que se observa en autopsias rutinarias, de un 9 a un 21% de los adultos británicos tienen cálculos biliares (barker DJP, Gardner MJ, Power C, Hutt MSR. *British Medical Journal* 1979; ii: 1389 – 92). Es probable que sólo alrededor de un 18% de los que tienen cálculos tengan dolor o cualquier otra complicación peligrosa de los mismos a lo largo de los quince años siguientes al diagnóstico (Gracie WA, Ranschoff DF. *New England Journal of Medicine* 1982; 307: 794 – 800). Hoy en día, la colecistectomía es una intervención casi exenta de riesgo, con una mortalidad intrínseca de sólo 0,17% (*Annals of Surgery* 1993; 218: 129 – 37) y la recuperación es rápida si se emplean los modernos métodos endoscópicos; tan rápida que desde que estos métodos han reemplazado en gran manera a la cirugía abierta, ha aumentado un 25% la tasa total de colecistectomías en el NHS y los gastos en las mismas un 11,4%, a pesar de un descenso del 25% del coste de cada operación (Lam C-M, Cuschieri A, Murray FE. *British Medical Journal* 1995; 311: 1092).

Ahora bien, el dolor abdominal alto es frecuente, los cálculos biliares lo son también y (si se excluyen los enfermos con colecistitis aguda, coledocolitiasis o ictericia obstructiva, como se ha hecho en todos los estudios aquí citados) su asociación puede ser de tipo causal o meramente fortuita. Por tanto, la colecistectomía puede ser o no una intervención racional, aunque tenga poco riesgo, rara vez sea dolorosa y tenga un coste unitario cada vez menor.

La mayoría de estudios de control a largo plazo, demuestran que de un 20 a un 30% de los enfermos, tras la colecistectomía, tienen dolor persistente, que se había achacado a los cálculos biliares (Jess P, Jess T, Beck H, Beck P. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1998; 33: 550 – 3). En un estudio controlado prospectivo, se practicaron ecografías a 233 enfermos consecutivos a los que vieron 75 médicos generales de Rotterdam y que se quejaban de dolor abdominal alto recurrente y se sospechó que tenían cálculos biliares con síntomas. Un 61% de aquellos en quienes se confirmó la litiasis tenían dolor, mientras que también lo tenían un 45% de quienes no tenían litiasis. Se les sugirió que se operasen a los que tenían cálculos. De los que se operaron, el 87% dejó de tener dolores, lo que también sucedió en un 63% de quienes tenían cálculos y no aceptaron la operación y en un 83% de los que no tenían cálculos y a los que, naturalmente, no se les operó. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Berger MY, Hartman TCO, van der Velden JJM, Bohem AM. *British Journal of General Practice* 2004; 54: 574 – 9). En otro estudio, se mostraron a un grupo de médicos y a un grupo de cirujanos las historias de 252 enfermos a los que se había practicado una colecistectomía. Los médicos estuvieron de acuerdo entre sí en que la operación era adecuada en un 41% de los casos, era inadecuada en un 30% y no pudieron ponerse de acuerdo en un 29% de los casos. Los cirujanos estuvieron de acuerdo en que las intervenciones eran adecuadas en un 52% de

los casos, inadecuadas en un 2% y no se lograron poner de acuerdo en un 46% de los casos (Scott EA, Black N, *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1992; 74: 97 – 101).

A pesar de este caos, se han adoptado criterios de consenso por parte de expertos que se supone que hacen posible que se adopten opciones racionales. En un estudio prospectivo de un año de duración, en el que se utilizaron estos criterios, y en el que se incluyeron 960 enfermos que estaban en las listas de espera para una colestectomía de seis hospitales españoles, se llegó a la conclusión de que la operación no estaba indicada en tan sólo un 0,7% de los casos y había dudas sobre su indicación en un 7,9% (*European Journal of Public Health* 2004; 14: 252 – 7), lo que, si fuera cierto, representaría un avance maravilloso. Pero eso sólo lo sabremos después de que esos pacientes hayan acabado de esperar y se les haya sometido a las operaciones y se hayan quedado sin síntomas o sigan con ellos. Las tasas de colestectomía en diversas poblaciones de Gran Bretaña todavía muestran una variabilidad enorme, sin que haya ninguna explicación racional (Aylin P, Williams S, Jarman B, Bottle A. “Dr. Foster case notes: variation in operation rates By Primary Care Trusts, 1998 – 2004. *British Medical Journal* 2005; 331: 539.).

³ Eisenberg L. “Science in medicine: too much, or too little and too limited in scope?” *American Journal of Medicine* 1988; 84: 483 – 91.

⁴ Shaw GB. Prefacio a “*The Doctor’s Dilemma*”. London: John Constable, 1907.

⁵ Los experimentos de Stanley Milgram demostraron esto de manera dramática en 1961 – 2, al mostrar que los ciudadanos más corrientes de New Haven (Conneticut) estaban dispuestos a administrar electrochoques potentes, dolorosos y que incluso podían poner en riesgo la vida, si alguien con una autoridad suficientemente establecida les enseñaba a hacerlo (Blass T. *The Man Who Shocked the World: the Life and Legacy of Stanley Milgram*. New York: Perseus Books, 2004; en rústica: Basic Books, 2005).

⁶ En 1986, revisamos en la consulta de Glyncorrwg los fallecimientos consecutivos de 500 pacientes acontecidos desde 1964 a 1985, entre todos los habitantes de la población, que variaron entre 1.600 y 1.800, casi dos tercios de los mismos habían sucedido en los domicilios de los enfermos. Disponíamos de información de rutina respecto a las muertes hospitalarias, pero se trataron, por lo general, con hostilidad nuestras indagaciones relativas a las muertes inesperadas, en las que parecía posible la existencia de un error y se nos negó el acceso a las historias clínicas del hospital. A un 45% de esas muertes las había precedido algún tipo de factor causal evitable, de los cuales casi la mitad (un 20%) eran atribuibles a mis propios errores. (Hart JT, Humphreys C. “Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice”. *British Medical Journal* 1987; 294: 871-4).

⁷ Es decir, los beneficios en términos de salud exceden a las pérdidas. Todas las intervenciones médicas necesariamente conllevan alguna posibilidad de que haya pérdidas en términos de salud, de modo que el resultado debe ser un producto neto final.

⁸ Grupo de Cambridge para la Historia de la Población y de la Estructura Social e Instituto Max Planck para la Investigación Demográfica de Rostock, en *Science* 2002; 296: 1029-31.

⁹ El factor que aisladamente contribuye de forma más importante al beneficio en términos de salud a escala masiva es la alfabetización materna. Las madres que saben leer y escribir y, en consecuencia,

empiezan a comprender y a criticar y a adoptar sus propias decisiones respecto a la atención a los niños y las relaciones con sus compañeros, viven más y con más salud, al igual que sus familias. (Brigga N. "Illiteracy and maternal health: educate or die". *Lancet* 1993; 341: 1063-64).

¹⁰ Boseley S. "Cubans tell the NHS the secret of £7 a head health care". *Guardian* 2. Octubre de 2000.

¹¹ MacDonald T. *Hippocrates in Havana: Cuba's health care system*. Knebworth, Herts: Bolivar Bookas, 13 Station Rd. SG3 6AP, 1997.

¹² Ochoa FR. "Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo de Cuba". *Revista Cubana de Salud Pública* 2003; 29: 157-69.

¹³ La experiencia cubana tiene paralelismo histórico con la sueca. Aunque se trataba de uno de los países más pobres de Europa a finales del siglo XIX, posteriormente consiguió tener y ha mantenido los mejores índices de salud pública del mundo en prácticamente todos los aspectos. Esta situación se logró mediante el acceso universal a la sanidad y la educación, que toda la población ha utilizado, unido a un salario social elevado. Este planteamiento precedió y, en cierto modo, permitió el desarrollo de una economía industrial moderna. Agdestein K, Roemer MI. "Good health at the modest price: the fruit of primary care". *Journal of Public Health Policy* 1994; 15: 485 – 90.

¹⁴ Aunque la educación continúa siendo en Cuba la principal prioridad nacional, de tal modo que su presupuesto ha subido del 6,3% del gasto en 1998 al 9,1% en 2003, hay una polarización social cada vez mayor, hasta tal punto que el 20% de los cubanos viven de la economía sumergida en la periferia de las ciudades. La elite política y una nueva generación de hombres de negocios cubanos parecen estar fascinados por la evolución económica de China. Al decretar que el socialismo era irrevocable, los cubanos concluyeron un debate que nunca habían completado del todo. El Partido Comunista Cubano sigue siendo la espina dorsal del estado y de la administración pero, como partido político, está atrofiado y ha retrasado durante dos años su congreso en 2004 sin que se haya fijado todavía la nueva fecha. Las libertades democráticas son una necesidad funcional para lograr una gran productividad, pero siguen siendo un tema tabú. El escritor cubano Abilio Estévez ha escrito que los de su generación miran a la sociedad "con una mirada llena de amargura y de escepticismo". Explica que la revolución cubana se parece ahora al catolicismo "que sacrifica el presente en nombre del cielo y el paraíso, mientras que ella lo sacrifica al futuro, que a mí no me interesa. Lo que me interesa es cómo vivo hoy en día". (Encuentro de la cultura cubana, número 26/7, invierno de 2002/2003, Madrid. Citado por Janette Habel en: "Cuba, what will happen after Castro? *Le Monde Diplomatique*. Junio de 2004: 8-9).

¹⁵ Idler EL, Angel RJ. "Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study". *American Journal of Public Health* 1990; 80: 446 – 52. Ver también: Idler EL. "Subjective assessments of health and mortality: a review of studies". *International Review of Health Psychology* 1992; 1: 33-54

¹⁶ Por ejemplo, Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI et al. "The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS?" *British Medical Journal* 1993; 306: 1440-4 y Paterson C. "Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health survey". *British Medical Journal* 1996; 312: 1016 – 20 y 626 – 7.

¹⁷ Berwick DM. "Measuring NHS productivity: how much health for the pound, not how many events for the pound" *British Medical Journal* 2005; 330: 975 – 6.

¹⁸ Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Rachet B. "Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1 – performance indicators closely linked to clinical care". *British Medical Journal* 2005; 330: 1426 – 31 y Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Sanderson C. "Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 2 – more challenging aspects of monitoring". *British Medical Journal* 2005; 330: 1486 – 92.

¹⁹ Por ejemplo, la valoración del coste-efectividad de las actuaciones sanitarias debería conllevar estimaciones de la cascada de sus potenciales efectos sobre los riesgos de que se pierda la salud en el futuro, a causa de diversas intervenciones en momentos distintos o de varios procesos patológicos. Los pesos asignados a estos efectos pueden modificar de forma importante la financiación y la asignación de recursos, incluso a la vista de que, a pesar de la situación actual de casi privatización a la que han llegado la mayoría de los servicios sanitarios de Europa Occidental, se han mantenido algunos elementos de la planificación. (Brower WBF, Niessen LW, Postma MJ, Rutten FFH. "Need for differential discounting of costs and health effects in cost effectiveness analyses". *British Medical Journal* 2005; 331: 446 – 8). La transición absoluta hacia unos servicios dirigidos por los consumidores y con competencia de precios tendría unas consecuencias tan sin sentido para la asignación de recursos que es improbable que llegue a suceder en ningún sitio pero, incluso en el ámbito de los servicios planificados, hay una presión creciente para que se hagan estimaciones a corto plazo de los efectos de las actuaciones sanitarias.

²⁰ "Podemos estimar el coste de una discapacidad o de salvar una vida, pero no podemos expresar el valor de este producto en términos económicos, de la misma manera que no podemos comparar la prevención de la deficiencia mental en un niño, con la salvación de la vida tantos y tantos hombres y mujeres que están entre los sesenta y los setenta años de edad. Las decisiones tienen que tomarse de manera subjetiva y, en la práctica, suelen ser el resultado de un equilibrio juicioso de presiones contrapuestas. Es un terreno en el que la jardinería es real y la botánica fantasmagórica" (Doll WRS. "Monitoring the National Health Service". *Journal of the Royal Society of Medicine* 1973; 66: 729 – 40). Los "jardineros" clínicos tienen, de alguna manera, que sobrevivir en la actualidad, en medio de una época en la que los expertos de la industria lo manipulan todo, a menudo asesorados por "botánicos" demasiado confiados.

²¹ McKeown T. *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell, 1979.

²² Illich I. *Medical Nemesis: limits to medicine: the expropriation of health*. Londres: Marion Boyars, 1976.

²³ Smith R. "Review of new printing of Illich I. Limits to medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health". London: Marion Boyars, 1974. *British Medical Journal* 2002; 324: 923.

²⁴ Johansson SR. "Food for thought: rhetoric and reality in modern mortality history". *Historical Methods* 1994; 27: 101-25.

²⁵ Godber G. An endangered thesis. Review of McKeown T. "The role of medicine: dream, mirage or nemesis?" Oxford: Blackwell, 1979. *British Medical Journal* 1980; 280: 102.

²⁶ Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency: random reflections on medical care*. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1971.

²⁷ Hart JT. An assault on all custom: Cochrane's "Effectiveness and efficiency". *International Journal of Health Services* 1973; 3: 101-4.

²⁸ Cochrane AL, St Leger AS, Moore F. "Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries". *Journal of Epidemiology & Community Health* 1978; 32: 200-5.

²⁹ Bagehot W. "The English Constitution". London: 1867. Editado de nuevo por Fontana 1963: 250 - 1. Dejó bien clara su postura: " Puedo aventurarme a decir lo que ningún miembro electo de parlamento, sea conservador o liberal, se atreve a afirmar, que tengo mucho miedo a las multitudes ignorantes de las nuevas circunscripciones electorales. Deseo tener un poder tan grande y tan compacto como sea posible para resistirme a ellas". (Pág. 281).

³⁰ El término "liberal" es ambiguo. En Estados Unidos ha perdido en la actualidad toda su precisión en el lenguaje habitual, poniendo en el mismo saco "comunista" y "socialista" como expresiones de abuso y demonización. En el resto de los sitios, la palabra conserva dos significados adecuados: libertad de pensamiento y tolerancia hacia la discrepancia, por un lado y libertad de poseer propiedades y de comercio, por otro. Este doble significado se oponía inicialmente a las ideas, a la sazón conservadoras, de la monarquía, la aristocracia y la herencia de la propiedad de las tierras, como fundamentos de unas sociedades inmóviles y estratificadas:

La industrialización global de todos los procesos sociales se entiende hoy en día en todas partes, incluso en los ambientes académicos de Estados Unidos, como una ofensiva neoliberal, aun cuando se describe a sus defensores más contumaces como neoconservadores. E una forma más evidente, la ofensiva neoliberal intenta extender de forma horizontal, mediante el libre comercio, la producción de bienes de consumo, desplazando las economías domésticas y de supervivencia, más débiles, mediante la competencia de precios en el mercado libre. De forma menos evidente, trata de expandir la producción de bienes de consumo para incluir en la misma lo que se venía considerando que era la infraestructura compartida de la sociedad, e la que se englobaban actividades, hasta la fecha, más o menos protegidas del comercio, tales como las escuelas, las universidades, el arte de más categoría, la policía y las prisiones y los deportes populares. Vestido hasta este momento con estas instituciones sociales, que representaban una fuerza neutral que mantenían la cohesión social, está liquidándolas a bajo precio a cualquiera que esté dispuesto a comprarlas y hacerlas funcionar para obtener beneficios. La victoria de las ideas surgidas de la guerra total contra el socialismo la ha confirmado su victoria en la guerra fría, convirtiéndolas en ideas de que todo es, por completo, un negocio. Esta situación amenaza ahora a la promesa social, sólo cumplida en parte, del siglo XVIII o de las luces, hilo conductor del pensamiento liberal durante más de dos siglos.

El liberalismo siempre tiene un doble carácter, dos caras igualmente necesarias de la misma moneda. Empezó por liberar el pensamiento subordinando todo al mercado. Se acerca a su fin transformando el mismísimo pensamiento en un bien de consumo y, por tanto, subordinándolo al mercado, lo que es, en sí mismo, una postura insostenible para la imaginación humana.

³¹ Hull CH (editor) "The Economic Writings of Sir William Petty, together with the observations upon the Bills of Mortality, more probably by Capt. John Graunt". New York: A M Kelley, 1963. La Revolución inglesa proporciona uno de los primeros ejemplos de pensamiento innovador y de acción administrativa en salud pública. Como escribió Charles Webster, "... La evidencia colectiva tiende a apoyar la idea de Bowden de que el periodo de 1620 a 1650 'fue testigo de una gran dureza en Inglaterra y se trató probablemente de los años más terribles por los que ha pasado el país'... Los planificadores sociales de la Revolución Puritana demostraron que tenían una idea correcta de la crisis de salud a la que la nación se estaba enfrentando. Sus principales preferencias – la diversificación de la Economía y la mejora de la Agricultura – fueron medidas pensadas para proteger a las clases sociales más bajas frente a la escasez y la fluctuación económica. Se supuso que las mejoras en las dietas y el bienestar que se introdujeron por iniciativa personal aliviarían de manera radical los problemas que planteaban las enfermedades". ("The crisis of subsistence and health of the puritan revolution. Bulletin of the Society for Social History of Medicine No. 17, 1976: 8 – 10). Estos hechos precedieron a los acontecimientos que tuvieron lugar en Francia en 1789.

³² Morabia A. "PCA Louis and the birth of clinical epidemiology". *Journal of Clinical Epidemiology* 1996; 49: 1327 – 33; Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. "Epidemiology and the public health movement: a historical perspective". *Journal of Public Health Policy* 1982; 3: 140 – 9; Foucault M. *The Birth of the Clinic: an archeology of medical perception*. Londres: Tavistock Publications 1973, SBN 422 73940 5. Publicación original "Naissance de la Clinique". París: Presses Universitaires de France 1963.

³³ Codman EA. "The product of a hospital". *Surgery, Gynaecology and Obstetrics* 1914; 18: 491-6. Reproducido en White KL, Frenk J, Ordóñez C et al. *Health Services Research: an anthology*. Washington DC: PAHO, 1992.

³⁴ Ferguson T, McPhail AN. *Hospital and community*. London: Oxford University Press, 1954.

³⁵ Roemer MI, Schwartz JL. "Doctor slowdown: effects on the population of Los Angeles County". *Social Science & Medicine* 1979; 130: 213 – 8 y James J. "Impacts of the medical malpractice slowdown in Los Angeles County". January 1976. *American Journal of Public Health* 1979; 69: 437 – 43.

³⁶ Slater PE, Ever-Hadani P. "Mortality in Jerusalem during the 1983 doctor's strike". *Lancet* 1983; ii: 1306.

³⁷ Bunker JP, Barnes BA, Mosteller F. *Costs, Risks & Benefits of Surgery*. New York: Oxford University Press, 1977.

³⁸ Bunker J. *Medicine matters after all: measuring the benefits of medical care, a healthy lifestyle, and a just social environment*. Nuffield Trust series No. 15. London: the Stationery Office, 2001.

³⁹ Nolte E, McKee M. *Does Health Care Save Lives? Avoidable mortality revisited*. London: Nuffield Trust, 2004.

⁴⁰ Después de veinte años de una búsqueda prospectiva de casos que abarcó a toda la población adulta de Glyncorwrg, descubrimos 154 personas con hipertensión tratada, que reunían nuestros

critérios, estrictos y conservadores, para que adoptásemos una actitud activa hacia ellos; dicho en otros términos, habíamos definido, en la práctica, toda la población hipertensa. Cuando investigamos a este grupo de ciudadanos en busca de alguno de otros doce problemas clínicos frecuentes, resultó que sólo un 3% de los varones y un 7% de las mujeres tenían solamente hipertensión. (Hart JT. "Hypertension: community control of high blood pressure". 3e Oxford: Radcliffe Medical Press 1993: tables 18.1 & 18.2).

⁴¹ Los médicos generales que han estudiado los perfiles de sus consultas comunican la existencia de la existencia de ciertas proporciones de las mismas que se ocupan de dos o más problemas de salud diferentes, que varían desde menos del 1% hasta más del 50% (van den Acker M, Buntinx F, Knottnerus JA. "Morbidity and co-morbidity: what's in a name? A review of literature". *European Journal of General Practice* 1996; 2: 65 – 70). Es evidente que estas cifras no representan ni una realidad social ni una biológica, sino unas formas diferentes de relacionarse con los enfermos y de percibir sus problemas. Los europeos a quienes se pidió que hiciesen una relación de sus propios problemas de salud señalan una prevalencia mucho mayor de problemas múltiple. En el grupo de edad entre 55 y 79 años, el 27% no señalan que tengan ningún problema de salud importante, el 73%, señalan que tienen, por lo menos, uno y el 60% que tienen varios (van den Bos GAM. "The burden of chronic diseases in terms of disability, use of health care and healthy life expectancies". *European Journal of Public Health* 1995; 5: 29 – 34). Otros equipos de Atención Primaria han encontrado tasas similares a las estimadas por los propios enfermos, publicadas en este artículo, cuando han buscado los problemas de una manera activa en el total de las poblaciones que tenían adscritas y no se fijaron sólo de lo que se les presentaba a demanda para indicar que los problemas existían (Stewart AL, Greenfield S, Wells K et al. "Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the medical outcomes study". *Journal of the American Medical Association* 1989; 262: 907 – 13. Abramson JH, Gofin J, Peritz et al. "Clustering of chronic disorders – a community study of coprevalence in Jerusalem". *Journal of Chronic Diseases* 1982; 35: 221 – 30).

⁴² La hipertensión, la diabetes y la cardiopatía coronaria están asociadas entre sí, no en el sentido de que, si se tiene una de ellas, lo más probable es que la resistencia a la insulina subyazca a todos estos problemas, sino de que la misma sea responsable de la mayoría de ellos. Por ejemplo, alrededor de un 1% de la población con hipertensión tiene causas por completo diversas para tenerla, que es preciso que recordemos y busquemos. Para el 99% restante, cuando son portadores de alguna de las anomalías citadas, es mucho más probable que tengan alguno o todos los demás problemas de la lista que lo que lo es en la población general y, como la mayoría de las soluciones para los mismos son únicas, también lo son los pasos para prevenirlos. Todos ellos comparten un hecho subyacente, la resistencia a la insulina. Por fin, las estructuras de la formación y del funcionamiento de la atención médica y de enfermería están empezando lentamente a reconocer esta realidad, aunque los clínicos reflexivos la venían sospechando desde principios de los años setenta y se convirtió en una idea dominante bien establecida en los ochenta (Reaven GM. "The role of insulin resistance in human disease". Banting Lecture 1988. *Diabetes* 1988; 37: 1595 – 1607). Sin embargo, para volver a introducir confusión en este maravilloso argumento simplificador, todos estos riesgos para la salud empeoran enormemente por fumar cigarrillos y, en términos de reducción total del riesgo, dejar de fumar es el tratamiento aislado más efectivo para todos ellos, aunque tenga poco efecto sobre la resistencia a la insulina. ¡Qué pena que el mundo real sea tan pocas veces sencillo!

⁴³ Starfield B. "New paradigms for quality in primary care". *British Journal of General Practice* 2001; 51: 303 – 9. Esto va a requerir un cambio de paradigma bien en las actitudes o bien en la

composición de quienes ahora están a la cabeza de la investigación biomédica británica. Como dijo Ian Chalmers, "cuanto más pequeño es el objeto que estudias en la investigación biomédica, más elevada es tu categoría". (Entrevista con Andrew Cole, *British Medical Journal* 2005; 331: 368.

⁴⁴ Nolte E, McKee M. "Measuring the health of nations; analysis of mortality amenable to health care". *British Medical Journal* 2003; 327: 1129 – 32.

⁴⁵ Hart JT. "Rule of halves: implications of underdiagnosis and dropout for future workload and prescribing costs in primary care". *British Journal of General Practice* 1992; 42: 116 – 9.

⁴⁶ Wilber JA, Barrow JG. "Hypertension – a community problem". *American Journal of Medicine* 1972; 52: 653- 63.

⁴⁷ Kinmonth AL, Murphy E, Marteau T. "Diabetes and its care – what do patients expect?" *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989; 39: 324 – 7.

⁴⁸ Stephens D. "Hearing aids – making the system work. *Soundbarrier* Diciembre 1988 pág. 4.

⁴⁹ Wormald WPL, Wright LA, Courtney P, Beaumont B, Haines AP. "Visual problems in the elderly population and implications for services". *British Medical Journal* 1992; 304: 1226 – 9.

⁵⁰ Prosser S, Dobbs F. "Case-finding incontinence in the over 75s". *British Journal of General Practice* 1997; 47: 498-500.

⁵¹ Fraser S, Bruce C, Wormald R, Brunner E. "Deprivation and late presentation of glaucoma: case-control study". *British Medical Journal* 2001; 322: 639 – 43.

⁵² Hin H, Bird G, Fisher P et al. "Coeliac disease in primary care: case finding study". *British Medical Journal* 1999; 318: 164 – 7.

⁵³ Jones A. "Screening for asthma in children". *British Journal of General Practice* 1994; 44: 179-83.

⁵⁴ Jones K, Lane D, Holgate ST, Price J. "Asthma: a diagnostic and therapeutic challenge". *Family Practice* 1991; 8: 97-9.

⁵⁵ Chandna SM, Schultz J, Lawrence C et al. "Is there a rationale for rationing dialysis? A hospital based cohort study of factors affecting survival and morbidity". *British Medical Journal* 1999; 318: 217-23.

⁵⁶ Cooper C, Melton LJ. "Vertebral fractures; how large is the silent epidemic?". *British Medical Journal* 1992; 304: 793 – 4.

⁵⁷ Isometsä E, Henriksson M, Heikkinen M et al. "Suicide and the use of antidepressants: drug treatment of depression is inadequate". *British Medical Journal* 1994; 308: 915.

⁵⁸ Richardson J, Feder G. "Domestic violence: a hidden problem for general practice". *British Journal of General Practice* 1996; 46: 239-42.

- ⁵⁹ Cunningham-Burley S, Allbutt H, Garraway WM, Lee A, Russell EBAW. "Perceptions of urinary symptoms and health care seeking behaviour amongst men aged 40 – 79 years". *British Journal of General Practice* 1996; 46: 349 -52.
- ⁶⁰ Mair FS, Crowley TS, Bundred PE. "Prevalence, aetiology and management of heart failure in general practice". *British Journal of General Practice* 1996; 46: 77-9.
- ⁶¹ Sudlow M, Thomson R, Kenny RA, Rodgers R. "A community survey of patients with atrial fibrillation: associated disabilities and treatment preferences". *British Journal of General Practice* 1998; 48: 1775-8.
- ⁶² King M, Nazareth I. "Community care of patients with schizophrenia: the role of the primary care team". *British Journal of General Practice* 1996; 46: 231-7.
- ⁶³ Young JB. "The primary care stroke gap". *British Journal of General Practice* 2001; 51: 787-8.
- ⁶⁴ Eagle KA, Goodman SG, Avezum A, Budaj A et al. "Practice variation and missed opportunities for reperfusion in ST-segment-elevation myocardial infarction: findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)". *Lancet* 2002; 359: 373-7.
- ⁶⁵ Bernal P, Escroff DB, Aboudaram JF et al. "Psychosocial morbidity: the economic burden in a paediatric Health Maintenance Organisation sample". *Archives of Paediatric & Adolescent Medicine* 2000; 154: 261-6.
- ⁶⁶ Moore S, Molyneux D. "Chronic disease in institutionalised patients". *British Medical Journal* 1997; 315: 1539.
- ⁶⁷ Hart JT. "Semicontinuous screening of a whole community for hypertension" *Lancet* 1970; ii: 223-7.
- ⁶⁸ Pronto nos dimos cuenta de que, para el control de la tensión arterial, hace falta buscarla en los mayores de 56 años y también en los adultos más jóvenes y así lo hicimos, aunque nunca publicamos nada sobre esto. Usando sensores de ultrasonidos, y siguiendo un protocolo de investigación estricto, también estudiamos a una cohorte de recién nacidos a lo largo de cinco años consecutivos y los seguimos durante diez años, inicialmente a intervalos de tres meses hasta la edad de un año y luego anualmente. Incluso bajo condiciones establecidas y empleando medidas de calidad propias de la investigación, encontramos que estas mediciones eran tan inestables que resultaban claramente inútiles para tomar decisiones clínicas basándose en ellas. A la vista de esta experiencia, la recomendación por parte de la American Hypertension Society a sus "especialistoides" en Pediatría para que buscaran la hipertensión en niños y trataran con fármacos al 5% de los mismos en los que encontrarán las cifras más altas, nos pareció que constituía un ejemplo injustificable más de una búsqueda de un mercado en una economía sanitaria impulsada por razones mercantiles. Las medidas que tomamos de búsqueda de problemas de salud en la infancia, más en concreto de asma infantil y de infecciones urinarias, tuvieron mucho éxito. En general, encontramos que cualquier tratamiento eficaz para adultos, previo a la aparición de los síntomas, necesitaba comenzarse en la infancia, del mismo modo que uno para los ancianos debía comenzarse en la madurez. Esto nos venía a decir que una gran proporción de la asistencia sanitaria debía establecerse

de forma preventiva, no iniciándola por los síntomas de los enfermos, sino mediante la valoración objetiva de los riesgos susceptibles de poder evitarse.

⁶⁹ Hart JT. "The marriage of primary care and epidemiology: continuous anticipatory care of whole populations in a state medical service". (Milroy Lecture) *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1974; 8: 299-314.

⁷⁰ Cuando en los años ochenta se pusieron de moda las "Clínicas para sanos" (En Español serían los "Centros de chequeos"), no teníamos suficientes personas sanas como para poner en marcha una de ellas; estábamos demasiado ocupados dedicándonos a resolver los problemas que habíamos encontrado en nuestras búsquedas prospectivas. Conforme a los niveles británicos, la nuestra era una población inusualmente enferma, pero lo típico era encontrar los problemas en personas que todavía estaban empleadas en la industria pesada, o se habían quedado hacía poco sin empleo por el colapso de la misma y habían pasado a engrosar el grupo de los que tenían los ingresos más bajos. En cualquier sitio, los pobres tienen mala salud y la carga de trabajo potencial para una atención primaria que trate de trabajar de manera prospectiva es colosal.

⁷¹ Horder JP. "Physicians and family doctors: a new relationship". *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1977; 27: 391-7. Publicado a la vez en *Journal of the Royal College of Physicians of London*.

⁷² En los años setenta se libraron verdaderas batallas entre los médicos generales pioneros de la detección de la hipertensión en el conjunto de la comunidad y los epidemiólogos que se oponían a la misma. El problema se resolvió por fin usando la "etiqueta" de "búsqueda oportunista de casos" para denominar a la búsqueda de forma continua en toda la comunidad, por parte de los equipos de atención primaria y reservando la palabra "búsqueda" ("screening" en inglés) para las actividades más sujetas a protocolo de los epidemiólogos y de las boyantes "Clínicas para sanos" del sector privado.

⁷³ Trabajos posteriores confirman que teníamos buenas razones para indagar en búsqueda de enfermedades crónicas tratables, pero que no se estaban tratando, dándonos la oportunidad de hacer prevención. Los estudios de seguimiento y observación de enfermos que habían ingresado en el hospital, en Australia, descubrieron que un 16,6% de los ingresos eran como consecuencia de episodios agudos que surgían en el ámbito de una enfermedad continua preexistente. Alrededor de la mitad de estos episodios se estimó que eran susceptibles de haberse prevenido mediante la asistencia continuada previa en el seno de la comunidad – eran susceptibles de prevenirse, pero no se habían prevenido. (*Medical Journal of Australia* 1999; 170: 411-15).

⁷⁴ Hart JT, Thomas C, Gibbons B, Edwards C, Hart M, Jones J, Jones M, Walton P. "Twenty five years of audited screening in a socially deprived community". *British Medical Journal* 1991; 302: 1509-13.

⁷⁵ El primero de estos médicos, el Dr. Cliff Thomas (hoy en día fallecido) prestó una asistencia de por lo menos una calidad media y los dos últimos, el Dr. Stan Hill y el Dr. Brian Gibbons (actualmente Secretario de Sanidad en la Asamblea de Gales) prestaron un servicio excepcionalmente bueno, pero sin buscar de forma planificada prospectiva ni recurrir activamente al seguimiento de la evolución de los enfermos.

⁷⁶ Kaul S. "Twenty five years of case finding and audit". *British Medical Journal* 1991; 303: 524-5.

⁷⁷ Hart JT, Smith GD. “Response rates in south Wales 1950 – 1996: changing requirements for mass participation in human research”. En Chalmers I, Maynard A (editores), *Non Random Reflections on Health Services Research: on the 25th Anniversary of Archie Cochrane’s Effectiveness & Efficiency*. Londres: BMJ Publishing Group, 1997: 31-57.

⁷⁸ No puede insistirse demasiado sobre la importancia de usar toda la población en los denominadores. Determinados países como los Estados Unidos, cuyos sistemas sanitarios dependen de lo que elijan los consumidores en un sistema de mercado, sólo pueden establecer esos denominadores de población en situaciones concebidas de forma muy limitada, tales como las actuaciones de tipo universitario, que se llevan a cabo, por lo general, en áreas socialmente deprimidas que carecen, por lo demás, de cualquier tipo de atención primaria. Aunque sólo unas pocas unidades británicas de atención primaria se aprovechaban de todo el potencial de disponer de este dato para la investigación, el mismo influyó en el pensamiento de los niveles punteros de la innovación y dominó las ideas desde 1970 en adelante, no sólo entre los médicos generales innovadores, sino también las de los ministerios de sanidad británicos. La precipitación actual por el consumismo y la libertad de mercado niega esta tendencia.

⁷⁹ Hart JT. “The Inverse Care Law”. *Lancet* 1971; 1: 405-12. Se trata de algo banal, pues podríamos también citar una “Ley del Zapato Inverso”, que dijese que es menos probable que los niños descalzos tengan zapatos. La “Ley de la Atención Inversa” chocó a la gente porque mientras, de manera habitual, contemplan los zapatos como un bien de consumo comercial (de modo que es natural que Imelda Marcos tenga 3000 pares, mientras muchos niños filipinos no tienen ninguno) la asistencia sanitaria la siguen considerando un derecho humano, no susceptible de ser comercializado. Esta visión de la sanidad parece que se mantiene con más tenacidad y por una parte mayor de la población en la cultura británica que en la de los Estados Unidos.

⁸⁰ Hannay DR. “Deprivation payments and workload”. *British Journal of General Practice* 1997; 47: 663-4.

⁸¹ Wilhelm D, Metcalfe DHH. “List size and patient contact in general medical practice”. *British Medical Journal* 1984; 189: 1501-5.

⁸² Stirling AM, Wilson P, McConnachie A. “Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice”. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 456-60.

⁸³ Carlisle R, Johnstone S. “Factors influencing the response to advertisements for general practice vacancies”. *British Medical Journal* 1996; 313: 468-71.

⁸⁴ Los médicos a los que se paga por capitación quieren que sus enfermos sigan siendo clientes y, por lo tanto, satisfacerlos. Sin embargo, si los médicos han establecido relaciones amistosas con sus enfermos, como la mayoría sigue haciendo, insultar a estos amigos se convierte en un problema real. Los médicos holandeses, fijándose en lo que les sucedió a los médicos alemanes, que estaban contratados mediante las “Krankenkassen” (“cajas de enfermedad”) de Bismarck, conservaron un gran mercado, bastante privado, para defender su estado de profesionales liberales. Si bien en 1914 aceptaron los comienzos de un sistema de aseguramiento mucho menos universal para los trabajadores industriales, rechazaron aceptar la responsabilidad de certificar la incapacidad, de

manera que la misma ha sido llevada a cabo siempre desde entonces por médicos independientes cuyo salario paga en estado. En 1990, cuando miré por última vez las cifras, las tasas de baja por enfermedad de corta y larga duración eran del 2,6% y del 3,4%, respectivamente, en el Reino Unido, del 5,0% y del 3,3% en Alemania y del 7,1% y el 8,9% en Holanda. Estas proporciones se habían mantenido a lo largo de muchos años. Si la intención era apoyar una disciplina laboral más estricta, claramente fracasaron. La evaluación hubiese sido más fácil cuando los hombre tenían que trabajar a cientos de metros bajo tierra, tumbados en suelos de piedra empapada de agua, para picar lo mejor que podían, arrancando carbón con un pico, con menos de cincuenta centímetros entresuelo y techo, de modo que incluso el movimiento de los hombros era a duras penas posible, todo ello para cortar y cargar carbón por menos de dos chelines por tonelada, pero que se vendía en la boca de mina a 9 chelines y se exportaba a más de 12. Teniendo en cuenta mi propia experiencia con las bajas de los mineros y de los trabajadores del acero, desde 1961 hasta 1992, el factor más importante para estimar la incapacidad laboral era el conocimiento de la historia laboral previa del enfermo y de su reputación entre los compañeros de trabajo y las esposas de los mismos. Las comunidades mineras estaban, por lo general, bien informadas respecto a los múltiples factores personales que influían en la asistencia al trabajo, incluidos el agotamiento, la desmoralización, el temor (las ausencias siempre se presentaban a seguidas de accidentes o situaciones próximas a los accidentes de carácter serio), los premios económicos por el trabajo o las penalizaciones por las ausencias. En Glyncoirwg teníamos niveles enormes de bajas de corta duración en los años sesenta, cuando los salarios eran desgraciadamente bajos. Tan pronto como los salarios subieron, tras las huelgas de 1972 y 1974, la moral subió y las ausencias atribuibles a enfermedad o lesiones bajaron de forma tajante. Aunque a unos pocos médicos todavía les gustaba ocuparse de gestionar las bajas, una gran mayoría tendía a dar a sus enfermos el beneficio de las enormes dudas que rodeaban a todas las decisiones sobre estos asuntos. En mi experiencia y en condiciones habituales (excluyo los partidos internacionales de rugby) la verdadera simulación era y sigue siendo una enfermedad rara (pero paradójicamente invalidante) (véase Yelin E. "The myth of malingering: why individuals withdraw from work in the presence of illness". *Milbank Quarterly* 1986; 64: 622-49).

⁸⁵ Steinar Westin ("Challenges of changing political and socioeconomic structures". Nota principal en la conferencia de la WONCA de Hong Kong de 1995) en la que citaba datos con referencias sobre los siguientes efectos del desempleo que se habían encontrado en estudios prospectivos controlados:

Tasas de consulta a los médicos generales	+22%	
Derivaciones a especialistas	+60%	
Duración de las bajas por enfermedad		+50%
Mortalidad en los siguientes diez años		+50-100%

A partir de 1970, año en el que se cerró la última mina en el valle de Afan, los mineros de Glyncoirwg viajaban a menudo a grandes distancias para ir a minas de otros sitios. En 1981, el desempleo de los varones en ese valle de Afan se estimaba oficialmente, basándose en las solicitudes para beneficiarse de nuestro sistema de captación mediante subsidios para el transporte al trabajo, que era de un 38%. Los trabajadores de dos fábricas locales habían estado trabajando siete días a la semana, en turnos de doce horas, durante los tres meses previos, para llevar a cabo tareas que se habían solicitado con urgencia. Un muchacho que acababa de salir de la escuela local había escrito 55 solicitudes de empleo sin obtener ninguna respuesta. Para tres plazas de aprendices de electricistas en las industrias del acero locales hubo 7.000 solicitudes provenientes de toda Gran Bretaña. En 1983, inmediatamente antes de una de las huelgas de mineros que duraron un año,

nosotros mismos medimos el desempleo en la población de nuestra consulta de Glyncorwg, no basándonos en las solicitudes subsidios, sino en si la gente tenía o no empleo (de modo que los que solicitaban prestaciones de enfermedad se incluyeron también). De todos los varones entre 16 y 64 años, un 48% no tenía trabajo. De los jóvenes de entre 16 y 24 años, el 60% no tenía trabajo. Después de la huelga, la industria del carbón británica se destruyó prácticamente. Las comunidades de mineros del carbón entraron en dos décadas de horrible desmoralización, con consecuencias sociales y sanitarias muy serias, especialmente para los jóvenes, que ahora empiezan a disminuir.

⁸⁶ La condición de contratista independiente asegura que los médicos generales financien sus consultas, al menos en parte, de sus propios bolsillos; pueden elegir cuánto gastan en personal e instrumental y hasta qué punto contratarán a un socio para que comparta la aportación económica necesaria. Esto, junto con la estrechez de miras que tan a menudo lo acompaña, es el motivo más importante para apoyar la existencia de un servicio prestado mediante salario. A lo largo de mis años de ejercicio profesional, mis ingresos netos nunca pasaron de la mitad de los ingresos medios de los médicos generales, incluso aunque pudimos emplear a nuestra plantilla de investigadores, financiada por el Consejo de Investigación Médica (*Medical Research Council*), para ayudar en algunos aspectos rutinarios de la asistencia. Lo mismo sucedía con otros médicos generales que trataban de prestar una asistencia óptima en esos años. Pienso que las cosas están algo mejor ahora, pero no sé cuánto.

⁸⁷ Por supuesto, las mejoras en salud que conseguimos en tiempos de pleno empleo, casi con certeza, no hubieran resistido los efectos de la frustración y del regreso a niveles masivos de desempleo similares a los de antes de la guerra, en particular en lo que concierne a los efectos a largo plazo, tales como la drogodependencia en los adolescentes. No tengo datos posteriores. Los países que, a diferencia del Reino Unido, conservaron sistemas sanitarios socializados con financiación adecuada, redujeron o eliminaron las diferencias en mortalidad entre clases sociales (Kunst AE, Geurts JJM, van den Berg J. "International variation in socioeconomic inequalities in self reported health". *International Journal of Epidemiology & Community Health* 1995; 49: 117-23; Kunst AE, Mackenbach JP. "The size of mortality differences associated wit educational level. A comparison of 9 industrialized countries. *American Journal of Public Health* 1994; 84: 932-7, Kunst AE, Mackenbach JP. "International variation in the size of mortality differences associated with occupational status". *International Journal of Epidemiology* 1994; 23: 742-50; Netherlands Central Bureau for Statistics, Erasmus University, Rotterdam. "International variation in socioeconomic inequalities in self reported health". La Haya: SDU Publishers/CBS Publications, 1992.). Las desigualdades en mortalidad entre clases sociales aumentaron de nuevo cuando se lanzaron a introducir programas neoliberales de "reforma". Este tipo de cambio ocurrió tanto en Suecia (Whitehead M. "Health inequalities in Britain and Sweden". *Lancet* 1990; 335: 331; Whitehead M, Evandrou M, Haglund B, Diderichsen F. "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?". *British Medical Journal* 1997; 315: 1006-9; Whitehead M, Gustafsson RA, Diderichsen F. "Why is Sweden rethinking its NHS style reforms?". *British Medical Journal* 1997; 315: 935-9), como en Finlandia (Koskinen SVP, Martelin TP, Valkonen T. "Socioeconomic differences in mortality among people in Finland: five year follow up". *British Medical Journal* 1996; ; 313: 975-8; Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD et al. "Childhood and adult socioeconomic status as predictors of mortality in Finland". *Lancet* 1994; 343: 524-7; Forsas E, Keskimäki I, Reunanen A, Koskinen S. "Widening socioeconomic mortality disparity among diabetic people in Finland". *European Journal of Public Health* 2003; 13: 38-43).

⁸⁸ Rivett G. *From Cradle to Grave: fifty years of the NHS*. Londres: King's Fund 1998: 441.

⁸⁹ Esta definición se propuso en el Libro Rojo en el que se sentaron los términos del contrato de los médicos generales. Este Libro Rojo se mantuvo prácticamente sin cambios desde 1948 hasta 1998, salvo que sufrió una revisión importante en 1967 para propiciar el trabajo en equipo, la provisión de mejores edificios y fomentar el empleo de los trabajadores administrativos y de enfermería.

⁹⁰ Clarke K. "Working for patients: medical education, research and health". Discurso del Secretario de Estado a la profesión médica, 10 de julio de 1989, comunicado de prensa oficial.

⁹¹ Los departamentos hospitalarios de urgencias se convirtieron en un segundo recurso de apoyo, al proporcionar un parche asistencial episódico a aquellos enfermos que no tenían acceso a la atención primaria o no confiaban en ella. En los centros urbanos en vías de deterioro, esta situación suponía una laguna aún mayor en el sistema asistencial del NHS, lo que dio lugar a una preocupación importante en los años ochenta, en los que este hecho se consideró un indicador sensible del funcionamiento de la atención primaria. Las visitas espontáneas a los departamentos de urgencias aumentan en la actualidad de forma imparable, junto con una cada vez mayor multitud de "consultas sin cita previa", y centros de asesoramiento telefónico, de acuerdo con las políticas consumistas promovidas por los gobiernos, tanto del Partido Conservador, como del Nuevo Laborismo, sin tener en cuenta el daño que esto hace a la comunidad, ni la falta de eficiencia que conlleva el hecho de atender a personas a quienes no se conoce de antemano. Cuando yo trabajaba en los valles del sur de Gales, la mayoría de los médicos generales hacían todavía la mayor parte de las suturas y la visita espontánea por parte de los enfermos a urgencias era anecdótica en el entorno profesional de Glyncothw.

⁹² Si bien el NHS no establece barreras legales ni económicas al acceso a la atención, pueden existir muchas barreras administrativas en áreas de deterioro social o en las que hay una gran carga de trabajo para la atención primaria. Alrededor de la mitad de los presos de Gran Bretaña están inscritos en la actualidad en la lista de un médico general y, a menudo, se trata de casos de drogodependencia, enfermedades mentales de tipo psicótico o ambas cosas. Estos pacientes dan lugar a un trabajo muy duro y muchos médicos generales, en su calidad de contratantes autónomos con la administración, hacen todo lo que pueden para desentenderse de ellos. Los médicos generales menos peseteros que creen que este tipo de personas necesitan y se benefician de la asistencia más que cualquier otro grupo social, acaban por hacerse cargo de un número desproporcionado de estos enfermos.

⁹³ La experiencia de Estados Unidos avala la justificación de esas inversiones; en ese país, la mortalidad cayó un 14,4 por 100.000, a lo largo de un periodo de once años, en aquellas áreas en las que aumentó el número de médicos de atención primaria en uno por cada 10.000 habitantes. El efecto fue mayor en la mortalidad de los negros, o sea entre los que tenían más necesidad de asistencia. (Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. "Primary care, race and mortality in US states". *Social Science & Medicine* 2005; 61: 65 – 75).

⁹⁴ Encuesta MORI, publicada en *bmaNews*, 12 de marzo de 2005.

⁹⁵ Hart JT. "Two paths for medical practice". *Lancet* 1992; 340: 772-5.

⁹⁶ De acuerdo con el pensamiento del gobierno del Nuevo Laborismo y de los previos conservadores

de que la forma de conseguir que los médicos hagan algo es pagárselo, una cláusula del contrato reciente de los médicos generales, les gratificaba por ver a todos los enfermos en las cuarenta y ocho horas siguientes a que lo solicitasen. Por supuesto, el resultado fue la desaparición de la cita previa en la mayoría de las consultas: a los enfermos que necesitaban que se les viera a intervalos regulares para vigilar problemas de salud crónicos, tales como hipertensión arterial o diabetes, en lugar de citárseles con tres o seis meses de anticipación, se les dijo que llamaran por teléfono para pedir cita durante los dos días previos a la fecha prevista de consulta. Por supuesto, cuando lo hacían las líneas estaban bloqueadas por otras personas que llamaban para lo mismo. El primer ministro, Tony Blair, se quedó impresionado cuando una joven madre furiosa le contó en directo, en una emisión de radio, esto que era bien sabido por todo el mundo, excepto por la cúspide del gobierno y puso en marcha una encuesta oficial.

⁹⁷ Tanto en Gran Bretaña como a escala global, la desigualdad ha alcanzado extremos que nunca antes se habían conocido. Según el *Sunday Times*, el número de billonarios (un billón equivale, en inglés, a mil millones, no a un millón de millones) en libras esterlinas en Gran Bretaña subió desde 9 en 1988 a 26 en el año 2000. En esta fecha, el Duque de Westminster poseía 3.700 millones de libras (5.200 millones de euros). En un año concreto en la década de los ochenta, cuando se le consideraba el hombre más rico de Gran Bretaña, sus contables se las arreglaron para que la suma a pagar por impuesto sobre la renta resultara ser cero. En el mundo en su conjunto, en 1996, había 358 billonarios (ver más arriba) en dólares estadounidenses, cuya riqueza total era equivalente a la suma de los ingresos del 45% de la población mundial más pobre que eran 2.300 millones de personas (Jolly R [editor] "United Nations Report of Human Development 1996" Ginebra, ONU: 1996).

⁹⁸ Para naciones que conservan el suficiente respeto por sí mismas como para tener en cuenta los principios, incluso en el mundo real este topo de valentía política no resulta imposible. El Servicio Nacional de Salud canadiense convirtió en ilegal a cualquier tipo de comercio en la sanidad. No es preciso decir que esta solidaridad con base legal está sometida a un asalto constante. El Tribunal Supremo de Canadá falló recientemente que la legislación federal que prohibía los seguros sanitarios privados violaba la Carta Constitucional de Derechos y Libertades del país, por lo que se convertía en nula, si los servicios sanitarios públicos no eran capaces de prestar asistencia de calidad razonable en un plazo de tiempo también razonable. En Canadá, al igual que sucede en todos los países cuyos sistemas se financian principalmente con el impuesto sobre la renta, existe una crisis permanente de financiación del Servicio Nacional de Salud y, como consecuencia de ello, listas de espera para cirugía electiva. Según el Tribunal Supremo, un paciente que tenía que esperar casi un año para que se le operase de prótesis de cadera cumplía los criterios arriba mencionados. Esto abre probablemente la puerta a más desafíos legales respecto a la prohibición del comercio en el campo de la sanidad (*British Medical Journal* 2005; 330: 1408).

⁹⁹ Puede que los lectores de *The Guardian* se sorprendan hoy en día al saber que este periódico "de izquierdas" aconsejaba a sus lectores que votasen al Partido Conservador en 1951 y marcó el camino para denigrar a Aneurin Bevan, tildándole de ser un agitador político peligroso para la sociedad, a partir del momento en que dimitió como miembro del gobierno en respuesta a la introducción del pago por las recetas.

¹⁰⁰ Baumol WJ. "Social wants and dismal science: the curious case of the climbing costs of health and teaching". *Proceedings of the American Philosophical Society* 1993; 137: 612-37.

Capítulo 3

¿Cómo se crea el NHS?

Como un sistema de producción, el NHS en su conjunto puede contemplarse como una “caja negra”, con lo que se introduce en un lado, lo que se produce en el otro y un misterio en el medio. A lo que sucede dentro de esa “caja negra” le llamamos proceso, que son todas las cadenas de decisión e intervención extremadamente complejas que, de alguna manera, transforman las entradas en productos. Esta es una metáfora generalmente aceptada para todas las industrias modernas, en las que los procesos de producción se han hecho demasiado complejos como para que los entiendan los que no son especialistas como sucedía en el pasado con los procesos de otras épocas, más sencillos, tales como la producción de carbón, de acero o de coches, que todo el mundo podía comprender. Espero mostrar que la naturaleza de lo que entra en la “caja negra” para producir beneficios de salud es cualitativamente diferente de lo que entra en las cajas negras que producen bienes o servicios de consumo. El incremento de salud es siempre un valor, pero no necesita ser y, para lograr una productividad óptima, en términos de incremento de salud, no debería ser un bien de consumo.

Para realizar este análisis, mediante cualquier teoría de economía política, vieja o nueva, hemos de asumir algunas cosas para simplificar. La mayoría de los economistas de la salud asumen que en la “caja negra” del NHS una serie de profesionales de diversos niveles proporciona una cartera de servicios a los enfermos, primero creando y luego transfiriendo

estos servicios como bienes de consumo a los pacientes, considerándolos consumidores, pero con el coste de la venta pagado por completo o en parte por el Estado. Los economistas de la salud reconocen que, a diferencia de otras transacciones en el mundo ideal de la economía clásica, los consumidores de atención sanitaria en todos los sistemas estatales, tanto si se basan en el abono de tasas como en el aseguramiento, están enormemente menos informados que los proveedores, bastante blindados respecto a las penalizaciones que se imponen por medio del pago inmediato y son muy vulnerables al abuso por parte de los proveedores, que usan el miedo a las enfermedades. Por eso, son necesarias e inevitables modificaciones importantes de la teoría clásica ¹. Sin embargo, estos economistas se aferran a la teoría clásica como a un clavo ardiendo. Para la mayoría de los economistas de la salud los encuentros entre enfermos y profesionales siguen siendo transacciones, que transfieren ciencia médica aplicada, como si fuera un bien de consumo, desde los productores profesionales a los enfermos consumidores, con la consiguiente satisfacción de obtener un producto, no un incremento de salud.

No hay ni un solo ejemplo de un país con economía desarrollada en el que la atención sanitaria de los ciudadanos se proporcione a través de un mero mercado normal de bienes de consumo, sin que el Estado comparta algún componente de riesgo. El comercio médico privado puede existir sólo como un parásito adjunto a algún tipo de sistema impulsado por el Estado, pues solamente la atención en masa proporciona suficiente experiencia acerca de los problemas infrecuentes y extremos como para impulsar la formación y la investigación y mantener la experiencia en estos terrenos y asumir un amplio conjunto de riesgos compartidos para enfrentarse con los enormes costes de los casos complejos. A lo largo de muchos siglos, la atención óptima conforme al estado del arte, para la minoría rica se ha basado en la experiencia obtenida empleando dicho estado del arte en una pequeña minoría de entre los muchos pobres que llegaban a los hospitales docentes de las grandes ciudades. Al menos en Gran Bretaña, el moderno sistema de atención sanitaria ha surgido a partir de la atención con pago previo a los trabajadores industriales, no a partir

de la atención privada a los opulentos. Incluso en Estados Unidos, el mercado médico libre por antonomasia ², alrededor del 42% de todos los costes de la atención sanitaria corren a cargo del Estado, aunque se vehiculen lo más posible a través de cauces comerciales. En otros países de economía desarrollada, excepto en lo que concierne a un pequeño mercado marginal, los compradores son agencias estatales, compañías de seguros y otros terceros (o, las más de las veces, combinaciones de los mismos) que compran en nombre de grupos de consumidores, no de pacientes individuales. Aunque esto puede cambiar fundamentalmente con el comportamiento del mercado, la mayor parte de los economistas de la salud contemplan todavía como transacciones entre proveedores y consumidores, aunque substancialmente modificadas, los contratos de servicio entre profesionales sanitarios y enfermos.

El estudio empírico del verdadero proceso del juicio clínico, de las decisiones y de las actuaciones, muestra que esta visión clásica, aunque sea modificada, es sólo una forma de mirar a los procesos de atención sanitaria y probablemente no la más efectiva ni la más eficiente. Hay otras maneras que, si bien son más apropiadas para la naturaleza extremadamente compleja y cambiante de las relaciones entre enfermos y profesionales, podrían ofrecer oportunidades mayores y más efectivas para aumentar la productividad y crear nuevas posibilidades de incremento de la salud ³.

EL PROCESO DE LA CONSULTA

En 1960, el gran pediatra Sir James Spence, usando términos genéricos y centrados en la enfermedad, propios de su época, definió la consulta como:

“La ocasión en la que, en la intimidad de la sala de consulta o la habitación del paciente, una persona que está enferma o cree que lo está, busca el consejo de un médico en quien confía. Esto es una consulta y *todo lo demás en la práctica de la Medicina se deriva de ello*” (las cursivas son mías) ⁴.

Si ampliamos esto para incluir todas las demás clases de problemas personales de salud y todos los demás grupos de profesionales sanitarios y admitimos que las decisiones que se toman en esas consultas definen la naturaleza de todos los procesos subsiguientes a lo largo y a lo ancho de toda la organización sanitaria, cualquier teoría económica que trate de entender el funcionamiento de los sistemas de atención personal en su conjunto partirá de un análisis de cómo se relacionan entre sí los protagonistas en este momento inicial del proceso de producción. Esta parte supone una partícula elemental de la economía de la salud, del mismo modo que los átomos y las moléculas son las partículas elementales de la Física y la Química. Si se acepta para este ladrillo básico una forma incorrecta, se encuentra uno con los mismos problemas que un constructor que trate de crear una estructura rectangular con ladrillos elípticos.

Hay que señalar que, aunque intuitivamente correcta para todos los tipos de personal sanitario, los economistas de la salud, los periodistas y los políticos raramente comparten la visión simplificadora de Spence. Y no lo hacen por el hecho de que esta visión omite toda referencia a las funciones de salud pública colectiva, o a la planificación y organización de la asistencia (que se discuten más adelante), sino porque las intervenciones técnicas son el punto central de la misma, en lugar de serlo las complejas interacciones personales (o sociales para la salud pública) que preceden y generan estas intervenciones. Tienden a asumir que tanto escribir una receta, como hacer una operación quirúrgica o interpretar una imagen diagnóstica, son bienes de consumo que se venden como objetos a los pacientes que son consumidores, incluso si el comprador último es una organización pública. Los economistas de la salud prefieren precisamente para su análisis estas actuaciones clínicas concretas, porque algunas de ellas se parecen a otros tipos, menos complicados, de transacciones de bienes de consumo, tales como los automóviles o las hipotecas.

A esto, los profesionales de la sanidad con más experiencia contestarán que, aunque las actuaciones clínicas tienen que llevarse a cabo de manera competente y sin despilfarro, el aspecto más fundamental no es si

se hacen bien o con la mejor eficiencia, sino si se tienen que hacer o no, así como si una actuación concreta es, de hecho, la solución óptima para los problemas concretos del enfermo, implicando los máximos beneficios en salud al mínimo coste tanto en tiempo, como en dolor, infelicidad y riesgo añadido. La entrada en cada uno de los niveles de la jerarquía de la atención sanitaria conlleva, al menos, alguna negociación creativa, cuando menos una colaboración entre enfermos y profesionales, no un mero acto de consumo. La consulta acaba con decisiones, bien de no hacer nada, de actuar sólo a nivel de atención primaria, de seguir hacia arriba a un médico más especializado o, de forma transversal, hacia otro especialista diferente o a otro equipo de atención primaria, o bien salir por completo del sistema sanitario en su conjunto hacia otra organización social más adecuada, incluido el regresar a la dependencia de los recursos propios de los enfermos y sus familias. La idoneidad de estas decisiones es clave para resolver los problemas de los enfermos y, por lo tanto, para la productividad, efectividad y eficiencia del NHS en su conjunto.

Al definir las consultas como las partículas elementales de que se compone la economía de la sanidad, Spence dejó sin respuesta tres preguntas: ¿Cómo se relacionan entre sí estas consultas episódicas, como opciones aisladas o bien insertas en una historia secuencial?. ¿Se relacionan los profesionales sanitarios y los pacientes como proveedores y consumidores o de alguna otra manera? Y, por último, en medio de todo esto, ¿dónde están la Salud Pública y la planificación y la organización de la asistencia? La visión de Spence se limitaba a la aplicación de tácticas para la atención personal, teniendo poco que decir respecto a la salud y a las estrategias de atención preventiva. Las respuestas a estas tres preguntas están relacionadas entre sí. Todavía hay bastante ambigüedad respecto a las opiniones que sobre ellas tienen la mayoría de los profesionales, de los enfermos y de los gobiernos.

ATENCIÓN EPISÓDICA Y ATENCIÓN CONTINUADA

Hoy en día, los individuos que disponen del dinero suficiente y consideran que cada uno de sus problemas de salud es algo que sencillamente parece independiente del resto de sus vidas, en lugar de algo inseparable de ellas, parece que se ven a sí mismos como consumidores episódicos. Por otra parte, para los problemas de salud que parecen inseparables de los problemas vitales y que no se consiguen solucionar mediante meras reparaciones del cuerpo, todavía buscan una autoatención continuada personal y, a nivel de gobiernos locales y nacionales, se busca asegurar de manera continuada un entorno saludable para que viva en él una sociedad sana y biológicamente segura. En este contexto, no se ven como consumidores, sino como ciudadanos participativos que utilizan un servicio público compartido.

Cuando los ciudadanos consideran el NHS no como si fueran meros espectadores, sino como participantes experimentados con problemas reales, quieren tener mucho más que un mero papel de consumidores. Los problemas complicados, continuos, en los que se implican tanto factores biológicos como sociales, suponen los retos más difíciles para la Medicina clínica y constituyen una parte elevada del total de carga de trabajo y de costes. En Estados Unidos, más del 45% de las personas no ingresadas en instituciones tienen uno o más problemas crónicos de salud y estos problemas suponen el 75% del gasto sanitario de ese país. A final de los años ochenta, cuando se hicieron estos estudios, la mayoría de estas personas con problemas crónicos no eran ni viejos ni discapacitados⁵. Con el envejecimiento de las poblaciones, esta proporción de personas con problemas crónicos aumentará. En 1948, cuando nació el NHS, éste prometía atención desde la cuna hasta la tumba. Aunque los sucesivos gobiernos nunca han aceptado del todo esta responsabilidad⁶ y, desde 1979, han tratado por todos los medios de liberarse de ella (aunque sin decirlo), lo cierto es que la misma sigue siendo una expectativa del público que ha sido difícil obviar.

La mayoría de los problemas agudos episódicos se derivan de los problemas crónicos, a menudo porque o no se han tratado en absoluto o no lo han sido de manera efectiva. Tanto los profesionales de la Medicina como las ideas populares dan más importancia a la atención somática aguda. Un estudio entre médicos generales en Liverpool mostró que valoran los problemas físicos agudos como muy adecuados a sus responsabilidades en una proporción dos veces mayor que los problemas físicos crónicos y en una proporción más de tres veces superior que los problemas psicológicos⁷. Los problemas crónicos requieren soluciones más crónicas que agudas, siendo necesario hacer énfasis en la continuidad de las mismas. Las actuaciones episódicas fragmentan la atención, tendiendo a mantener a los pacientes en papeles pasivos y estimulando a los profesionales a adoptar papeles heroicos. Las demandas agudas son impulsos ineludibles para la acción profesional en un servicio al que el acceso sea libre, mientras que las necesidades crónicas siempre pueden postponerse. Por eso, las situaciones agudas han dominado la mentalidad de los médicos generales, complementados por los servicios de urgencia de los hospitales para aquellos problemas agudos que sobrepasan la competencia o la capacidad de los médicos generales, aunque muchas de ellas no habrían ocurrido necesariamente si se hubiese dado una atención continuada programada eficiente⁸.

Conforme la atención primaria se ha ido organizando de manera más racional para controlar los riesgos y prevenir un porcentaje creciente de episodios agudos, la atención continuada a nivel primario se ha ido convirtiendo en un área susceptible de planificación anticipada, con contenido clínico predecible (siempre que las cifras sean grandes) y si hay oportunidades de desarrollar actividades por parte de una más amplia variedad de trabajadores sanitarios, a un coste mucho más bajo que el de los eventos agudos que surgen cuando no se ha prestado una atención continuada. El no lograr desarrollar una atención continuada sistemática, haciendo bien unas pocas cosas para todos los que las necesitan, tiene consecuencias costosas. El rescate en el último momento, como consecuencia de situaciones de crisis, es dramático y heroico, pero tiene un pre-

cio casi prohibitivo. El análisis de costes en una unidad de cuidados intensivos en Los Ángeles mostró que el ocho por ciento de los enfermos usaban la mitad de todos los recursos, aunque más del setenta por ciento de esos pacientes en los que se gastaba tanto morían mientras se les estaban aplicando dichos recursos⁹.

Una atención más racional implica un cambio en el comportamiento tanto de los profesionales como de los enfermos, substituyendo la importancia que se otorga sólo a las actuaciones en las crisis y a las meras reparaciones del cuerpo por la que también merece la atención continuada, que se concentra en los efectos de una mayor atención a las causas y en poner un mayor interés y una mayor inversión en los comienzos inciertos de las enfermedades, momentos en los que la atención clínica y social están dentro de los límites de la salud pública. Todos estos cambios dependen de la existencia de una mayor continuidad en la atención, de la experiencia, del pensamiento y de que se rompan las barreras interprofesionales.

Estudiando de qué forma se producen los errores, Cook, Render y Woods, en el centro de investigación de la seguridad de los pacientes de la Universidad de Chicago en la Administración de Veteranos¹⁰, encontraron que, en sistemas sanitarios más complejos que la partícula elemental médico-paciente que consideraba Spence, había inevitablemente muchos vacíos entre la gente, los entornos y los sistemas sanitarios. El análisis de los errores clínicos revelaba por lo general muchos vacíos, pero sólo unos pocos de ellos parecía que conducían a errores. Concluyeron que la seguridad aumentaba si se entendía y se reforzaba la capacidad real de todos los implicados (incluyendo los enfermos) para que superasen estos vacíos y mantuvieran la continuidad. Esta visión contradice la habitual de la gestión industrial, según la cual los sistemas necesitan estar aislados de su elemento humano que no es fiable. Para mantener la continuidad, a pesar de la necesaria división de las habilidades y destrezas, los sistemas asistenciales necesitan hacerse más humanos, más flexibles y más abiertos a su propio análisis y evaluación, en lugar de más estrechamente controla-

dos¹¹. Este punto de vista contradice también la nostálgica visión de que la continuidad sólo puede asegurarse descartando el trabajo en equipo y regresando a las relaciones de tipo médico único - paciente único.

¿A GUSTO DEL CONSUMIDOR?

Los foros de intercambio de ideas, tales como el King's Fund, con los oídos prudentemente (“de manera realista”) dirigidos hacia los que los patrocinan, asocian el hecho de que haya una mayor capacidad de elección por parte del consumidor con un camino, por sí mismo evidente, para potenciar la mayor participación de los pacientes en su propia atención. Subestiman y aceptan como inevitable el daño a la continuidad en la asistencia que necesariamente causa la libre elección, por parte del consumidor, entre proveedores que compiten y la destrucción del apoyo mutuo entre entidades creadas sobre la base del secreto comercial y la rivalidad. El público general y, en un menor grado, los profesionales de la enfermería y de la Medicina se enfrentan ahora con una doble posibilidad. La gente quiere la tecnología del futuro, pero teme su consecuencia aparentemente inevitable: que los contactos humanos serán cada vez menos frecuentes, más fragmentados, más tenues y potencialmente más adversos. Quieren más reparaciones episódicas de sus cuerpos, pero tienden de modo fatalista a aceptar que el precio de esto debe ser una atención menos personal, menos continuada, porque todos ellos han experimentado que esta asociación entre ambas realidades es un hecho.

La llamada partícula elemental por Spence ignora el contexto de la salud pública, dentro del que debe actuar la atención personal para ser efectiva. Esta indiferencia la comparten todavía la mayoría de los pacientes y de los clínicos, pero la comprenden (y generalmente la deploran) los economistas de la salud y los que establecen las políticas. Históricamente, las funciones de la salud pública se han venido separando siempre tanto de las de reparación, como de las de asistencia. Si aceptamos que los sistemas sanitarios han de producir incrementos de salud, debería existir alguna organización profesional e institucional que transmita al conjunto

de la población estos objetivos en términos materiales y mensurables. Esta organización debe poner en marcha las estrategias para todo el sistema como un conjunto, incluyendo en el mismo las decisiones tácitas que han de tomarse en los puntos de producción. Dicho sistema incluiría la atención personal, en la que las consultas funcionarían como partículas elementales, y la atención colectiva o a la población en su conjunto. Esto es difícil, quizá imposible, de lograr en un sistema descentralizado y fragmentado en unidades que compiten para captar consumidores. Únicamente puede lograrse, hasta cierto punto, en dichas circunstancias, por medio de una estricta regulación estatal, obligando a los empresarios a que se ocupen de las necesidades del público y no de sus propios deseos de provecho económico. Es de esperar que este tipo de regulación la ponga en la picota la permanente claqué de los medios de comunicación, que dirán que es una intrusión en la natural obtención de un beneficio y un obstáculo para los negocios, que marchan mejor cuando se les deja solos para que hagan lo que quieran. Tal sucederá porque la mayoría de las fuentes de información y de opinión no sólo son propiedad de los jerifaltes de los negocios, sino que ellos mismos son negocios con ánimo de lucro. Los economistas de la salud ortodoxos y los diseñadores de políticas se enfrentan con estos problemas como lo harían con todos los inconvenientes que tiene el mercado para resolver las necesidades sociales, es decir, estableciendo estructuras paralelas reguladoras y suplementarias que lleven a cabo las funciones que los mercados descuidan o ignoran, pero estas soluciones preestablecidas siempre serán susceptibles de que se las ataque tachándolas de burocracia parasitaria.

De hecho, con un deseo político y un respeto real a la democracia participativa, la útil percepción de Spence puede extenderse con facilidad para incluir en ella las decisiones de salud pública respecto a grupos y poblaciones. Las decisiones de salud pública también deben implicar consultas aunque en un sentido más elevado de lo que nunca pretendió Spence, en ellas están presentes los mismos jugadores, pero de manera colectiva, en lugar de estarlo de forma individual. La mayoría de los médicos de salud pública han tenido en el pasado las mismas actitudes

arrogantes, paternalistas y condescendientes con su público que los clínicos con sus pacientes. Aunque muchos eran progresistas, todos estaban impulsados a ser déspotas por las convenciones sociales del momento. Para volver a descubrir la integridad, tanto los profesionales de la salud pública como los clínicos deben encontrar formas de democratizar su trabajo y aceptar a sus comunidades y a sus enfermos como individuos iguales a ellos. Si tienen éxito en esto, tanto las consultas colectivas como las individuales pueden seguir constituyendo las unidades fundamentales en una economía productiva del NHS.

Si aceptamos que todo cambio que aspire a ser duradero tiene que partir del lugar en que estamos y de la gente que tenemos y llevarse a cabo de abajo arriba, no desde arriba abajo, la solución a este, hasta el momento insoluble, problema de integrar la atención personal y la comunitaria debe partir de la redefinición de la naturaleza de la atención personal. Ello debe conllevar el establecimiento de responsabilidades colectivas, dentro de las comunidades, respecto a los muchos problemas de salud que sólo pueden resolverse mediante la acción de todos y vincular de nuevo la salud pública colectiva a la medicina clínica personal. Para la mayoría de los británicos (pero aparentemente sólo para una minoría en los Estados Unidos) la atención individual en el NHS se contempla todavía de manera intuitiva como algo colectivo por lo que no hay que pagar, basado en la responsabilidad compartida. En el NHS previo a la “reforma” esta visión ya estaba evolucionando hacia un proceso de consultas con menos desigualdad entre profesionales y enfermos, como una evolución natural derivada de la existencia de un público con una actitud de menos sumisión, pero muy lejos de cualquier transformación de los ciudadanos en quisquillosos consumidores que sólo se consideren responsables de sí mismos. Cada vez, menos profesionales sanitarios iniciaban su ejercicio sin recibir formación de pregrado sobre la naturaleza social de su trabajo¹².

LA INTERACCIÓN ENTRE ENFERMOS Y PROFESIONALES

Cuando, en los años cincuenta y sesenta, los sociólogos empezaron por primera vez a estudiar objetivamente las consultas médicas, todos se impresionaron por un hallazgo de lo más obvio: la cantidad extraordinariamente estable de tomas de decisión importantes, especialmente en atención primaria. Con el término “importante” querían decir, por ejemplo, decisiones sobre si los problemas de los enfermos eran o no solubles por el sistema asistencial, si los pacientes estaban o no enfermos, si los síntomas requerían o no más estudios o la derivación al especialista, si los problemas de salud necesitaban tratamiento o era mejor dejarlos a su evolución, si los enfermos debían derivarse a tal o cual especialista o a alguna institución u organización ajena al sistema sanitario. Cada una de estas decisiones implicaba unos pasos subsiguientes que conducían o a salir del sistema, a seguir dentro del mismo, de manera más intensa, o la vuelta a la atención continuada a nivel de atención primaria. La mayoría de los clínicos pensaban que pocas de estas decisiones eran importantes, pero a los sociólogos sí se lo parecían, y lo mismo les sucedía a los enfermos. Estas decisiones tenían enormes implicaciones para el funcionamiento racional y los consiguientes costes del NHS y eran, en verdad, grandes, pero la mayor parte de ellas tenían que tomarse en periodos de tiempo entre cinco y diez minutos e incluso menos.

Para los clínicos, especialmente en atención primaria, la gravedad de las decisiones sólo está clara si se mira de manera retrospectiva. Por ejemplo, la meningitis neumocócica es un cuadro raro, insidioso, frecuentemente letal, que se da habitualmente en niños pequeños, que inicialmente presentan fiebre ligera y molestias mínimas, muy parecido a lo que ocurre con otras infecciones respiratorias virales sin importancia. El tratamiento precoz con los antibióticos apropiados es efectivo, pero la evolución hacia un daño cerebral irreversible puede presentarse en pocas horas si el diagnóstico y el tratamiento se demoran, aunque sea por poco tiempo.

El problema de atender diez mil o más infecciones respiratorias virales banales de vías altas de modo que se pueda prevenir una muerte por un

diagnóstico tardío de meningitis neumocócica (que se presenta al azar en cualquier momento en medio de esa secuencia de 10.000) depende principalmente de cómo se atiendan de entrada problemas aparentemente triviales y qué tipo de indicaciones pueden comprender bien las madres angustiadas para que se vuelvan a poner en contacto con sus consejeros profesionales, quizá horas o incluso minutos tras la primera vez que se han entrevistado con ellos. Nadie ha explicado todavía cómo pueden manejar por teléfono esas contingencias las enfermeras visitadoras que ni siquiera pueden ver al enfermo. Por supuesto, la situación no se da a menudo, pero se siguen dando situaciones parecidas que preceden a la mayor parte de las muertes inexplicadas en niños, y el sistema sanitario debería estar organizado para responder a este tipo de contingencias.

Los resultados de la atención a problemas excepcionales dependen de la forma en que se lleve a cabo la asistencia a los problemas rutinarios. La identificación precoz de enfermedades tratables de este tipo, que amenazan a la vida y son rápidamente progresivas continúa siendo una de las actuaciones más importantes de la atención primaria, aunque rara vez se ha estudiado de manera prospectiva, debido a la enorme cantidad de casos que son necesarios para encontrar unos pocos como éstos. Depende siempre de las relaciones delicadamente equilibradas entre dos grupos de actores, los profesionales sanitarios y los enfermos, la evidencia tiene que proceder de ambas partes para sintetizar decisiones efectivas que darán lugar a un eventual producto sanitario. En este contexto, no hay consumidores, sino solamente dos tipos diferentes de productores.

He elegido este ejemplo porque he vivido casos reales, algunos de ellos con finales felices, otros que han acabado en tragedia. Presentado en fases sucesivas, con puntos de decisión también sucesivos, sobre lo que había que hacer a continuación en cada momento, uno de los casos que tuvo desenlace fatal se usó para una cinta de vídeo para enseñar habilidades prácticas a médicos que se estaban formando en atención primaria¹³. Las respuestas “correcto” o “erróneo”, parecía que cambiaban en cada sucesivo punto de decisión, de forma que al principio parecían opuestas a

la intuición para la mayoría de los estudiantes. La actuación, en el primer contacto con esa madre y ese niño, no podía incluir ningún estudio complementario para detectar ninguna de las posibilidades que se ofrecían en un amplio abanico, la mayoría de las cuales eran tan improbables que la mayoría de los médicos sólo acabarían viendo uno o dos casos como éstos en toda su vida profesional. La medicina defensiva, es decir, desviar el esfuerzo de la solución de los problemas reales de los enfermos con objeto de prever los hipotéticos problemas de los médicos si se enfrentasen a demandas por mala práctica, socava la verdad, obliga a gastos prohibitivos y, paradójicamente, impide que se piense con la lucidez con la que es preciso hacerlo para reconocer las situaciones excepcionales antes de que sea demasiado tarde. Al mismo tiempo es vital que sea cual sea la decisión que se tome en cada punto del curso clínico, la misma no debe bloquear ni excluir ninguna otra actuación posterior posible, aunque la misma sea improbable. La madre del niño enfermo tiene que conservar la iniciativa, porque ella es la única observadora de su hijo que puede estar presente todo el tiempo y está familiarizada con su comportamiento habitual. Esto quiere decir que, en cada momento de la evolución, debe tener completa confianza en que cualquier decisión que pueda tomar para dedicar su tiempo a mantener un nuevo contacto con el médico no debe rechazarse como un despilfarro de tiempo del profesional. Esta era la respuesta “correcto”, a las preguntas que esta cinta de vídeo hacía al principio de la misma, no la aplicación a machamartillo de un diagnóstico o un tratamiento ante cada pequeñez que vaya surgiendo.

Sin embargo, por duro que sea, el tiempo de los profesionales y de los legos debe valorarse igual en estas situaciones. Asumir que el tiempo de los médicos y el de las enfermeras vale más que el de los enfermos tiene consecuencias peligrosas para estos desenlaces infrecuentes, impredecibles pero, a escala de la población en su conjunto, calculables. Este tipo de situaciones causan una amplia y creciente proporción de muertes prematuras, porque su frecuencia disminuye y se concentran en menos sucesos que, a su vez, son más excepcionales. Las valoraciones del riesgo y las consiguientes decisiones necesitan ser compartidas entre esta madre y su

médico, de una manera tan completa que la responsabilidad respecto a los eventuales resultados, sean éstos favorables o catastróficos, se contemple y se sienta como algo compartido de un modo más igualitario. Esto implica una relación entre enfermos y profesionales que se debe parecer a la que hay dentro de las familias, no como un ideal virtual no susceptible de lograrse, por razones sentimentales, sino como un objetivo que pueda conseguirse por motivos prácticos. “Nuestro médico era casi como de la familia” es todavía una frase familiar, no un mero recuerdo folclórico, y representa un arma poderosa que necesitamos conservar.

UNA EXPERIENCIA QUE ESTÁ LEJOS DE LO IDEAL

La experiencia cotidiana de la mayoría de los enfermos es mucho menos positiva que este ideal. La narración siguiente proviene del archivo DIPEX de Andrew Herxheimer de los relatos de pacientes sobre sus experiencias personales de la enfermedad¹⁴:

“Bueno, en agosto pasado un domingo por la tarde estaba estirándome junto a mi mesa de trabajo para coger una pluma y sentí un dolor espantoso en la tetilla derecha. Antes de eso, tuve un poco de picor, el pezón me picaba mucho, mucho y, claro, no pensé en ello, el picor de pezón no tenía ningún significado sospechoso para mí. Pero, cuando sentí el dolor noté un bulto, claro, inmediatamente me invadieron el miedo y los presentimientos y no sabía qué hacer. Mis familiares se habían ido a visitar a la familia política y pasé una noche horrible, pero tenía una cita en la consulta de mi médico el día siguiente para otra cosa distinta, sin relación con esto. Cuando vi al médico al día siguiente de notar el bulto, claro, cuando habíamos acabado con el otro asunto, le referí que había notado un bulto en el pecho y estaba terriblemente asustada. Me mandó que viera a la enfermera, la enfermera de la consulta, quien despachó básicamente el bulto diciendo que era hormonal. ‘A su edad, el 80% de los bultos no son nada, no se preocupe, váyase a casa y fíjese en lo que pasa en los días siguientes y anótelos.’

Con esto, me fui a casa y mi hermana, que era una “mamografista” aficionada, estaba de vacaciones. Regresó en sábado y me sinceré con ella. En

ese momento fue cuando mi vida dio un vuelco. Mi hermana me hizo prometerle que iría al médico y le pediría una exploración. Lo hice el martes. Tenía cita para ver los resultados de mis análisis de sangre. Me fui a ver al médico, insistí en mi problema y le dije: ‘Le pido que me explore’. El médico dijo que me había explorado y le dije que no; entonces dijo: ‘Bueno, la exploraremos ahora, voy a buscar a la enfermera’. Antes, la enfermera me había dicho que no era experta en explorar mamas, pero en esa entrevista me exploró los pechos con el médico delante. De nuevo, tuve la sensación de que no merecía la atención del médico y de que éste me estaba volviendo a rehuir, pero, por lo menos hizo lo que tenía que hacer y me mandó directamente al hospital”.

Estaba sentado, en medio de un público preferentemente médico, escuchando el relato de su experiencia, en una conferencia de presentación del proyecto DIPEX. Al principio, me dominó la incredulidad. La mayoría del público parecía que pensaba que el relato era totalmente excepcional en el contexto de la atención sanitaria en el NHS, más bien correspondiente a un comportamiento delictivo que a una actuación clínica, como dos años más tarde se comprobó en el caso del Dr. Harold Shipman, carnicero consciente de más de doscientos cincuenta de sus enfermos. Me temo que eso no me sorprendió. Los posibles modos de comportamiento de los médicos y de las enfermeras son tantos como los de sus enfermos.

Los clínicos bien preparados aprenden que ningún comportamiento humano que pueda observarse está fuera de lo que es la experiencia normal, incluso el caso de Shipman. El objetivo de la base de datos DIPEX es comprender toda la gama de las experiencias de los enfermos, igual que las bases de datos que se han reunido para elaborar la Medicina con Base Científica pretenden incluir toda la experiencia de la investigación clínica. Tanto el caso del médico como el de la enfermera que, de manera tan obvia, fueron incapaces incluso de tratar de entender los temores de su paciente y que, de manera tan irreflexiva, descartaron la posibilidad de que ésta tuviera razón y ellos estuvieran equivocados, son verdaderamente excepcionales, pero el cáncer de mama también es relativamente

infrecuente, en el sentido de que la mayor parte de los bultos de mama no son sin duda cancerosos y ésta fue la justificación de la enfermera para despreciar los temores de su enferma. Mi primer ejemplo, el de la meningitis neumocócica que se presentó como una enfermedad transitoria, sin importancia, en la primera infancia, es aún más infrecuente, pero los profesionales tenemos la responsabilidad de no olvidar nunca estas posibilidades.

También es válido el ejemplo del caso Shipman. La única explicación racional que he visto para este comportamiento es la adicción al ejercicio del poder, poder sobre la vida o la muerte de los enfermos a los que había animado particularmente a que dependieran de él como de un amigo suyo. Los orígenes potenciales de esta adicción se encuentran en cada estudiante de Medicina o de enfermería, porque un cierto uso de dicho poder es crucial para su trabajo. Dondequiera que el ejercicio de la profesión se convierte, de hecho, en algo de lo que no hay que rendir cuentas, excepto a la conciencia personal, existen las condiciones para que aparezca la adicción al poder y el abuso creciente. Los asesinos de enfermos como el Dr. Harold Shipman y la enfermera Beverley Allitt fueron ejemplos extremos de conducta profesional incorrecta, de la misma manera que los torturadores y asesinos de niños son ejemplos extremos de disfunción en el papel de padres, pero todos esos crímenes están dentro de los límites del comportamiento humano, no fuera del mismo. Estos criminales no son monstruos procedentes de ninguna otra especie, sino versiones extremas de nuestros propios potenciales; se parecen a nosotros.

Como grupo, los profesionales de la atención sanitaria tienen un largo camino que recorrer antes de que sus relaciones con los enfermos logren tener siempre la calidad que ellos mismos desearían recibir cuando necesitan que los atiendan. Contemplados no como consumidores, sino como compañeros de trabajo en la producción de salud, los pacientes también tienen mucho que aprender. Cuando ambos colectivos reúnen sus capacidades, aprenden uno de otro a hacerse más tolerantes, más reflexivos, más efectivos, mejor informados y, por lo tanto, más abiertos a dudar. En éste,

como en todos los cambios sociales, la velocidad es menos importante que la dirección. Las semillas de este cambio han estado siempre allí, en todas las consultas. Tenemos siempre algunos ejemplos reales, no míticos, de relaciones estrechas, continuadas y productivas entre sanitarios y sus pacientes, que han compartido sus fundamentos y cada uno ha respetado los conocimientos y valores del otro. El problema real ha sido conseguir sistemas sanitarios que promuevan, en lugar de impedir, el crecimiento mantenido de este tipo de relaciones, que se desarrollan de forma natural en consultas entre iguales.

CONDICIONES MATERIALES PREVIAS PRECISAS PARA TOMAR DECISIONES ÓPTIMAS

Mientras escribo este texto, la media de tiempo disponible para consultas en la medicina general del NHS ha subido lentamente, desde alrededor de dos minutos en los años cincuenta hasta alrededor de ocho en el dos mil. En muchas unidades se alcanzan ahora promedios de alrededor de diez minutos, sin incluir la por lo general dimensión nueva del tiempo de la enfermería, pero hay todavía otras muchas unidades con sólo citas cada cinco minutos por paciente. Las medias más bajas de tiempos de consulta han estado siempre en las unidades de áreas industriales (ahora post-industriales), cuyas tasas de morbilidad compleja, en particular psiquiátrica, son las más elevadas y, por tanto, requieren más tiempo para tomar decisiones adecuadas.

Sólo el 30% de los enfermos del NHS que han recibido atención en la consulta en tiempos de cinco minutos o menos, piensa que es un tiempo insuficiente¹⁵, lo que no deja de ser un hallazgo preocupante. Los médicos del tipo de los que se embarcaban en estudios sobre su propio trabajo, antes de que las políticas de “atención médica gestionada” les obligaran a recoger datos de manera sistemática (datos de los que se derivan casi todas las investigaciones sobre medicina general publicadas), son más conscientes que muchos enfermos de que cualquier variable susceptible de medirse que se relacione con la calidad mejora si se dispone de más tiempo y todas

se deterioran si se dispone de menos¹⁶, al menos dentro de los tiempos claramente reducidos que son la regla en la atención primaria del NHS. Disponiendo de alrededor de treinta minutos como es el caso de Suecia y Finlandia, las diferencias pueden que sean menos críticas. Los médicos del Reino Unido que trabajan más rápido, escuchan menos, explican menos y transmiten menos información a sus enfermos, permiten menos participación a los pacientes¹⁷ y probablemente practican menos el pensamiento crítico aunque, que yo sepa, no tenemos demostración de todo esto. Estudios realizados en médicos generales en formación, al final de los años setenta, mostraron que, a menos que recibiesen una formación especial usando sistemas audiovisuales de autocontrol, según iban teniendo más experiencia aprendían a trabajar más deprisa, pero a comunicar menos¹⁸. La formación de los médicos generales y la de pregrado han mejorado mucho desde entonces en la mayoría de los centros pero, bajo las cargas excesivas de trabajo que son habituales en la mayoría de los sitios, no tarda en volver a aparecer esta tendencia negativa.

Existen estudios en médicos de familia en Estados Unidos, una vez más muy selectivos por incluir sólo a la minoría de médicos dispuestos y capaces de participar en este tipo de investigaciones, que muestran tiempos medios de consulta de 22,6 minutos para enfermos nuevos y de 17,7 para pacientes ya conocidos. Aún más, en el contexto de la cultura médica estadounidense se dice que son necesarios al menos veinte minutos para que los enfermos participen de lleno en las decisiones¹⁹. A pesar de disponer de tiempos más generosos, una investigación en 1984 descubrió que los médicos sólo dejaban a sus pacientes dieciocho segundos por término medio para contar su historia, antes de interrumpirlos y llevarlos a los terrenos que los médicos preferían tratar²⁰.

La historia en Europa es, en la mayoría de los casos, la misma²¹. Si se tiene tiempo suficiente en las consultas y se dispone de médicos generales con tiempo e inclinación a escuchar, explicar y estimular la discusión de los problemas (que son las mayores prioridades de los enfermos y que dan lugar a substanciales excesos de consumo de tiempo en las consultas)²²,

se entra en conflicto con las principales prioridades de los gerentes de que se empiece y se acabe a la hora prevista, que son necesarias para los objetivos de la “atención médica gestionada”²³. Sólo en Suecia y en Finlandia hay buena evidencia de que las decisiones en atención primaria disponen verdaderamente de un tiempo óptimo, de alrededor de catorce minutos de media para los enfermos con procesos somáticos y de treinta para los que tienen problemas psicológicos²⁴. En el antiguo mundo de las colonias, son habituales los tiempos medios de consulta de menos de un minuto, para los que pueden permitirse el lujo de tener asistencia médica del tipo que sea, ahora, en un momento en el que los pagos por parte de los enfermos se han vuelto a introducir en casi todas partes, como una condición previa para que el Banco Mundial conceda financiación.

Incluso dentro de los límites de los tiempos de consulta de los que disponen en la actualidad los trabajadores sanitarios de muchos sistemas asistenciales, con un fuerte déficit de recursos, puede darse un primer paso para ayudar a los enfermos a que aporten su propio amplio potencial para tomar decisiones en atención primaria, de forma más adecuada y relevante, para resolver sus problemas. Puede lograrse mucho más a corto plazo si se crean y se mantienen buenas historias clínicas, con esquemas claros de la evolución y con representaciones claras y que se vayan acumulando (preferiblemente gráficas) de variables tales como la presión arterial y el peso a lo largo del tiempo que los enfermos puedan ver y entender si, junto con ello, ven que los profesionales que conocen constituyen un equipo estable. Cuando los enfermos empiezan a participar en las decisiones, pueden aumentar su confianza como ciudadanos para apoyar las peticiones de los miembros de las plantillas, al ver cómo están pagados por el tiempo que emplean y la diversidad de conocimientos y habilidades que necesitan para la adopción de decisiones verdaderamente compartidas.

En un estudio de investigación maravillosamente sencillo en la antigua Yugoslavia, Igor ·vab demostró que dejar a los enfermos que cuenten sus propios problemas sin interrumpirlos no tenía virtualmente ningún

efecto sobre la duración de la consulta²⁵, pero tenía ventajas respecto al prestigio de los médicos y lograba que las consultas fueran más prácticas para los problemas reales. En contra de la idea popular que existe entre los médicos generales, la mayoría de los enfermos se preocupan por ahorrar tiempo a sus médicos. La mayor parte de ellos intenta utilizar menos tiempo para sí mismos para que se disponga del mismo para otras personas con problemas más difíciles²⁶.

SÍNTOMAS PARA LOS QUE NO SE ENCUENTRA UNA EXPLICACIÓN MÉDICA

Hasta en aproximadamente un 30% de los síntomas que los enfermos refieren a los médicos generales y en alrededor de un 40% de los que cuentan a los especialistas, no se encuentra ninguna evidencia de una causa somática. Desde el nacimiento de los sistemas públicos universales de asistencia tras la Segunda Guerra Mundial, parece que siempre se han dado proporciones similares de enfermedades inexplicables y probablemente fueran todavía más altas en el menos accesible, pero más orientado hacia el consumidor, comercio médico que los precedió. Comoquiera que los síntomas no explicables médicamente tienen que ver más a menudo con el miedo a la enfermedad que con la enfermedad propiamente dicha, cuanta más cantidad de enfermedades reales haya, éstas causarán una mayor cantidad de miedos y, por consiguiente, más casos de síntomas no explicados médicamente. La morbilidad somática se relaciona, por lo tanto, positivamente con la elevada morbilidad psicosocial y no la desplaza.

De los enfermos ambulatorios que se remitieron a un hospital de Londres en 1952, el 39% no tenían evidencia de ninguna enfermedad somática. Se repitió este estudio un año más tarde y salió un 40%, una cifra aparentemente constante, al menos a nivel local²⁷. Otros estudios en Holanda en 1994 mostraron que, en alrededor de la mitad de los pacientes remitidos a las consultas médicas generales, no se detectaron anomalías orgánicas²⁸. Ciertos estudios en atención primaria en el Reino Unido

en los años ochenta y noventa señalaron que en el 20 al 25% de los adultos que consultaban a los médicos generales no se detectaba causa orgánica para los síntomas²⁹.

Aunque la mayor parte de estos síntomas no tienen importancia y son transitorios y autolimitados, más de un tercio de los mismos persisten, provocando angustia, incapacidad, frecuentes consultas y, por último, derivaciones a los especialistas, a menudo seguidas de interconsultas cruzadas entre varios de ellos que acaban eventualmente en un psiquiatra.

Muchos, si no la mayor parte, de los pacientes que son remitidos inicialmente a especialistas médicos lo son a causa de síntomas que sugieren una enfermedad grave en su etapa inicial, bien sospechada por los enfermos o por los profesionales de atención primaria. Cuando no puede encontrarse evidencia de nada, este resultado es tan positivo y tan necesario como lo sería la confirmación de la existencia de una enfermedad, seguida de un tratamiento apropiado. Pese a ello, la ulterior evolución puede revelar que, de hecho, había una enfermedad grave en fase precoz. Hay constancia horrosa de esto en el ejercicio profesional en los tiempos de apogeo del dualismo cartesiano, en los que la histeria era un diagnóstico habitual por exclusión. Eliot Slater, consiguió analizar la evolución de 85 de 99 enfermos diagnosticados inicialmente de padecer síntomas histéricos en el Hospital Nacional para Enfermedades Neurológicas de Queen Square, en Londres, entre 1951 y 1955, a lo largo de un promedio de nueve años a partir de que se hubiera establecido ese diagnóstico³⁰. De esos ochenta y cinco “histéricos”, doce habían muerto (cuatro de ellos por suicidio), catorce estaban totalmente inválidos y dieciséis estaban parcialmente inválidos. Sólo cuarenta y tres (50%) podían vivir todavía de forma independiente y sólo diecinueve estaban asintomáticos. Durante el tiempo de observación, sólo en treinta y tres (40%) no había ningún signo de enfermedad orgánica pero, incluso sólo en diez de esos, había evidencia adecuada de que tuviesen una enfermedad mental de tipo psicótico.

Intentando contestar a la pregunta de por qué esos enfermos que se habían remitido al centro habían sido rechazados, el autor encontró dos

hechos que todos los pacientes tenían en común. Primero, no tenían signos físicos de enfermedad; pero esto podía ser así en las fases precoces de cualquier virtual enfermedad. En segundo lugar, todos tenían múltiples síntomas. Comoquiera que era improbable que todas las molestias de los pacientes con muchos síntomas pudieran explicarse por cualquier cuadro clínico orgánico, se concluye que una parte de las mismas tienen que ser de origen no orgánico; y, claro, si algunas no son orgánicas, ¿Por qué no todas? Esta conveniente y frecuente asunción por parte de los profesionales ha sido muy peligrosa. La misma ignora los efectos de las alteraciones de la función de otros órganos y sistemas sobre la función cerebral y viceversa. Por fortuna, incluso en el Hospital Nacional de Queen Square, un bastión del conservadurismo médico, fueron capaces de aprender. Un estudio similar, realizado a finales de los años noventa demostró que, sólo en tres de setenta y tres enfermos con síntomas motores no explicables, se encontró seis años más tarde que tenían una enfermedad neurológica previamente desconocida³¹. Slater no sólo eliminó la histeria como una etiqueta aceptable, sino que enterró el paradigma dualista que había engendrado dicha etiqueta, al menos entre los neurólogos de Queen Square*.

Además de los riesgos de diagnosticar erróneamente enfermedades orgánicas serias a partir de problemas leves emocionales, del pensamiento o de la conducta, hay evidencia fundamentada de que la gente con cualquier forma de enfermedad mental tiene una mayor mortalidad por enfermedad orgánica³². La carga sobre los enfermos y sobre la sociedad que causan las enfermedades mentales excede, por lo general, tanto en su cuantía como en la angustia que provocan, a la que originan las enfermedades somáticas³³. Un estudio de cohortes en Estados Unidos, en personas de más de sesenta y cinco años, demostró que la depresión se asociaba a un aumento de la mortalidad por todas las causas de alrededor de un 24%, independientemente de la edad, el sexo, el estilo de vida o la presencia simultánea de enfermedades físicas³⁴.

* Es muy frecuente en la jerga médica británica utilizar el nombre de la plaza de Londres donde está ubicado para referirse al Hospital Nacional para Enfermedades Neurológicas, centro de referencia para todo el país y de prestigio internacional (*N. del T.*).

El pensamiento es una función del cerebro, de la misma manera que hacer “tic-tac” lo es del reloj. Si haces añicos el cerebro, deja de pensar, exactamente igual que, si haces añicos el reloj, deja de hacer “tic-tac”. Los que creen en la consciencia sin cerebro o en las almas sin cuerpo, pueden trabajar todavía de manera eficaz en la sanidad pero sólo si separan la credulidad que hace falta para sus creencias místicas del escepticismo que se precisa para llevar a cabo un ejercicio seguro de la profesión. Si no se distingue entre las ideas y las cosas, entre lo que queremos y lo que existe de modo que pueda comprobarse, no es posible ningún tipo de comprensión útil de la salud ni de la enfermedad.

Hay pocos tejidos y ningún órgano que no tengan alguna conexión definitiva con el cerebro. Todo lo que llega desde fuera al cerebro puede modificar el pensamiento y todo pensamiento interno puede modificar las percepciones, incluso el dolor y otras sensaciones frecuentes como la debilidad, el cansancio o los ruidos que produce en el oído interno el flujo de la sangre que, normalmente se eliminan de la consciencia. En determinadas circunstancias, todos los pensamientos pueden inducir cambios de algún tipo en todos los órganos y tejidos que tienen alguna conexión definitiva con la corteza cerebral³⁵. Estos cambios periféricos pueden percibirse, a su vez, centralmente y alimentar los pensamientos y los temores sobre las causas de los mismos, y así sucesivamente, creando un creciente círculo vicioso de temores. Todas las alteraciones, por tanto, tienen potenciales componentes psicosomáticos, las enfermedades orgánicas son una causa poderosa y frecuente de trastorno mental y emocional y los trastornos mentales o emocionales (o su ausencia) pueden modificar el curso de las enfermedades orgánicas, aunque sea mucho más difícil encontrar demostraciones de sus efectos substanciales objetivos de lo que afirman a menudo los más entusiastas psicosomáticos.

Comoquiera que no puede haber nada parecido a un paciente consciente sin un cerebro activo, el pensamiento modifica la historia natural de todos los trastornos humanos. Esto no tiene nada que ver con la fuerza o la debilidad moral. Un paciente que habitualmente esté incapacitado

por un dolor importante, puede seguir pudiendo bailar, cantar o leer un libro y, mientras tanto, sentir menos dolor o incluso ninguno. Esto no demuestra que ni el dolor ni el trastorno que lo causan no sean reales, simplemente indica que el dolor es una sensación subjetiva, cuya percepción cambia con los diferentes estados de la mente.

Entre los síntomas que, por regla general, acaban por no traducir ninguna enfermedad subyacente están el dolor torácico, de espalda o abdominal, el cansancio, el mareo, el entumecimiento, las cefaleas, la dificultad respiratoria y las dificultades con el sueño³⁶. Estos síntomas iniciales, en conjunto, constituyen más o menos la mitad de todas los primeros episodios de enfermedad que se atienden en atención primaria. Si se revisan al cabo de un año, sólo en un diez a un quince por ciento resulta que están relacionados con una enfermedad orgánica detectable³⁷.

¿REPRESENTAN UN ABUSO LAS CONSULTAS POR SÍNTOMAS QUE NO SE EXPLICAN MÉDICAMENTE?

La gran proporción de consultas con motivo de síntomas que luego, de forma retrospectiva, se comprueba que carecen de explicación médica constituye la principal base material para los mitos sobre el abuso del NHS, en particular en la atención primaria.

En las zonas industriales y post-industriales este mito consigue cierto apoyo a causa de que, en esos sitios, se sabe (de forma real o imaginaria) hasta qué punto las consultas están sobrecargadas por las solicitudes de pensiones. Dichas solicitudes constituían en tiempos una gran proporción de la carga laboral de los médicos generales en zonas industriales, aunque mucho menos en las zonas donde residían “los de cuello blanco”*. Las reformas administrativas llevadas a cabo en los últimos veinte años han reducido mucho esta función de los médicos generales, pero la misma permanece con fuerza en el acervo popular, exagerada por la creencia,

* Con esta expresión, que también se utilizó en España, se denominaban los administrativos, ejecutivos, etc. (*N. del T.*).

equivocada, pero frecuente, de que los costes de las pensiones de los seguros sociales provienen de la misma bolsa que los de financiación del NHS.

La evidencia echa por tierra el mito de que las consultas por lo que, de forma retrospectiva, se diagnostica como “no enfermedades” representa un abuso, pero eso no ha retraído a los abogados de la “reforma” del NHS de usarlo como un arma en su argumentación. Bosanquet y Pollard confirmaron su profundo asentamiento en la opinión pública en la revisión que se cita en la página (poner el número de página en su momento). Sin preocuparse aparentemente de si era cierto, lo tomaron como el mejor punto débil para empezar a erosionar el persistente apoyo público a un NHS universal, financiado mediante la solidaridad social:

“..... casi las dos terceras partes dicen que la gente visita a sus médicos generales sin verdadera necesidad, sencillamente porque el servicio es gratuito en el momento de usarlo... es la disponibilidad del público a permitirse un abuso.... lo que marca el camino a seguir.... Si el 64% dice que hay abuso, hay fuertes razones morales y también prácticas para introducir un pago....”³⁸.

No hay manera alguna de que pueda funcionar ningún sistema sanitario sin que el número de personas que consulten por lo que les preocupa superen en gran manera al de aquéllas cuyas preocupaciones acaban por estar eventualmente justificadas. Por ejemplo, el sangrado rectal es un signo importante de posible cáncer intestinal, en el que la cirugía precoz puede salvar la vida, pero todavía se presenta, generalmente, demasiado tarde. Alrededor de un 20% de los adultos tienen algún episodio de sangrado rectal cada año, pero menos de un uno por ciento de ellos consulta a un médico general, y la proporción que se deriva a un especialista hospitalario para que se estudie es incluso diez veces inferior a esta cifra³⁹. Sólo con un ejemplo como éste, y hay muchos más, hay una evidencia aplastante de que los enfermos usan el NHS demasiado poco y no en exceso.

Puede argumentarse la existencia de abuso en el caso de la atención preventiva, como es el caso de la búsqueda de personas con posibles

enfermedades en fase asintomática, cuando la misma no se fundamenta en la certeza bien establecida de que aporte algún beneficio neto. Cuando sólo la preocupación por la salud pública impulsa este tipo de actividades y se ven limitadas por el escaso tiempo de que disponen los trabajadores de las unidades de atención primaria responsables de prestar la misma al conjunto de la población, de todas las clases sociales, hay que estar razonablemente seguro de que la atención preventiva sólo se emprenderá si hay suficiente constancia de que va a suponer un substancial y claro beneficio. Los verdaderos riesgos de abuso empiezan cuando descendemos al terreno de la atención como bien de consumo que quieren seguir Bosanquet, Pollard y otros “modernizadores”.

Por ejemplo el cribado para cáncer de próstata midiendo al Antígeno Prostático Específico (PSA) carece todavía de un consenso respaldado por la ciencia médica internacional⁴⁰, pero, en 2003, el cribado mediante PSA en Estados Unidos y Australia era demasiado rentable como para aceptar lo limitado de la evidencia sin provocar una verdadera guerra. Hay estudios necrópsicos de muestras representativas de varones de más de cincuenta años que demuestran que alrededor de un 30% albergan células cancerosas en la próstata, pero sólo del ocho al diez por ciento desarrollan clínicamente cáncer durante el resto de sus vidas. Por tanto, no es sorprendente que se encuentre algún vestigio microscópico de cáncer cuando se toman seis o más biopsias⁴¹. Por encima de un 80% de los cánceres de próstata con manifestaciones clínicas en varones de menos de sesenta años se presentan con concentraciones de PSA por debajo del umbral de cribado que es de 4 ng/ml⁴². Incluso con este umbral, hay exceso de diagnósticos y de tratamientos, si lo que pretendemos no es lograr imágenes microscópicas normales sino vidas más largas y mejores. Los intentos por parte de grupos de profesionales expertos de mostrar al público esta realidad, en Australia y en Estados Unidos, han llevado a la organización de ataques personales en los medios de comunicación, en gran parte mediante grupos de enfermos pagados y utilizados por profesionales y compañías, implicados ambos en el comercio privado de las pruebas de cribado y de la consiguientemente inflada cirugía⁴³. Cuando

los beneficios económicos entran a formar parte de la motivación, se ponen en marcha la cicatería, las cautelas y el escepticismo. Los límites de las actuaciones mercantilizadas no los fija la demostración científica, sino todo aquello que haga que se mantenga el mercado. En este caso, por la propensión que tiene la gente asustada a gastar dinero para lograr falsamente su tranquilidad.

¿Qué demostración hay de que el pago de tasas por parte de los usuarios que los economistas de la salud llaman “copago” tenga efectos selectivos sobre el número de consultas que se requieren para restringir el abuso, incluso si éste fuera un verdadero problema? Es obvio que el pago de tasas por los servicios desaconseja su uso, pero a los economistas les consta que la conducta respecto a la decisión de ir a consultar al médico tiene poca elasticidad. La gente pobre le dará más prioridad a gastar en consultar a un médico que a la comida, si creen que el consejo del médico es necesario⁴⁴. El efecto de las tasas es nada más que reducir la cifra total de consultas, independientemente de la naturaleza de los problemas que las generan. El efecto es selectivo sólo para quienes tienen menores ingresos y son menos capaces de costéarselas, pero, por otra parte, tienen más probabilidad de estar enfermos⁴⁵. En los primeros años de la pandemia de SIDA en África, se instauró el pago de tasas en una consulta de enfermedades de transmisión sexual (ETS) financiada por el Estado en Kenia, por consejo del Banco Mundial y como condición previa para prestarles ayuda internacional. La tasa de consultas descendió en un 60%⁴⁶. Los sistemas sanitarios públicos de toda África se han colapsado por aquello de “si no hay dinero, no hay tratamiento”⁴⁷.

Las tasas a los usuarios no se defienden para estimular un comportamiento más racional, sino para transformar de nuevo un comportamiento del público que se considera “corrompido” por la experiencia de un servicio público gratuito, en un comportamiento comercial “normal”.

ENFERMEDADES EMOCIONALES

En algún momento de sus vidas, alrededor de un 20% de las personas se encuentran en estados de angustia emocional⁴⁸. De ellos, alrededor de un tercio consultan a su médico general⁴⁹ y en alrededor de un 66 al 75% de éstos se reconoce este problema como tal⁵⁰. Mucha gente también teme a la enfermedad, en particular cuando un amigo o un pariente ha sufrido recientemente algún episodio inesperado y catastrófico. Las emociones, especialmente el miedo, crean sus propios síntomas: taquicardia, taquipnea, dificultad para respirar o para tragar y la percepción de procesos internos de los que normalmente no se es consciente⁵¹.

Los contenidos de la atención primaria los definen, en último término, los enfermos, no los médicos. Lo que tiene más capacidad de predicción de que una consulta va a tener un resultado con éxito es el estar de acuerdo sobre una lista de los problemas principales de los enfermos⁵². Un estudio canadiense, a principios de los años ochenta, mostró que ambas partes, médicos y enfermos, coincidían en el mismo programa de actuación para el 76% de los problemas somáticos, pero en sólo el 6% de los problemas psicosociales⁵³. No es culpa de los enfermos que sólo una minoría de ellos tenga una de esas enfermedades por las que habitualmente se interesaban los hospitales docentes y a las que se referían -y siguen refiriéndose aún en muchos de ellos- las preguntas de los exámenes. Si los pacientes aceptan los costes en tiempo y en pérdida de independencia que implica acudir a sus médicos, sus problemas han de tomarse en serio, incluso si hay poco tiempo. La posibilidad de que exista una enfermedad severa en fase precoz no está nunca ausente y no puede descartarse sólo sobre la base de que es estadísticamente improbable. Sin embargo, el diagnóstico equivocado de una enfermedad emocional como enfermedad orgánica puede ser igual de deletéreo. En cualquier caso, los clínicos con experiencia y eficaces conceden prioridad a la evidencia positiva de la existencia de problemas, tanto mentales como físicos, que los pacientes probablemente sienten de hecho, en lugar de hacerlo a la evidencia negativa que tiende a excluir los problemas que probablemente no tienen los enfermos.

La enfermedad mental requiere un diagnóstico positivo por su propio derecho, principalmente partiendo de las historias y las opiniones de los enfermos, tal como las cuentan inicialmente. No debe dar la impresión de que se trata de un castigo por no tener ninguna enfermedad física detectable.

¿QUIÉN DECIDE QUÉ COSA ES ENFERMEDAD Y POR QUÉ?

El alcance del diagnóstico médico se define socialmente, no biológicamente. Toda la vida es, por definición, biológica, de modo que qué aspectos de la vida se contemplan en el contexto de la atención sanitaria depende de convenciones que, a su vez, dependen de si el problema parece más susceptible de resolverse por esta vía y no por cualquier otra. Esta decisión debe depender eventualmente del acuerdo entre el enfermo y el profesional. Puesto que la atención acaba por depender cada vez menos de los síntomas y el diagnóstico se convierte cada vez más en una anticipación de riesgos inminentes, el iniciador de este proceso puede ser cada vez más un profesional preventivo.

Los problemas que pueden resolverse de forma rápida y completa con tratamiento médico, como una meningitis o una obstrucción intestinal aguda, son obviamente responsabilidad de los médicos, pero las curaciones de este tipo son sólo una pequeña proporción del trabajo del NHS. En particular, en la salud mental y del comportamiento, la frontera entre lo que es y lo que no es médico es mucho menos obvia de lo que pudiera parecer dentro de las convenciones de hoy en día. Hay que reflexionar sobre el asunto. De vez en cuando, se resucita la idea de que todas las enfermedades mentales se sitúan en los ojos de quienes las observan y en las convenciones sociales que están en boga en ese momento. La experiencia respecto a un determinado tratamiento ha sido a menudo peor que la de la propia enfermedad y, tan pronto como se coloca la etiqueta de una enfermedad, frecuentemente con bases débiles, puede ser difícil eliminarla⁵⁴. Sin embargo, esto no quiere decir que la enfermedad no sea real (tanto para los enfermos como para sus familias)⁵⁵ o incluso potencialmente fatal⁵⁶. La mente es una función de un órgano material, el cerebro.

¿Por qué iba a ser el cerebro el único inmune a las enfermedades entre los órganos del cuerpo?

Por ejemplo, de la misma manera que disponemos de estudios sistematizados de cómo el pensamiento y el comportamiento en la esquizofrenia difieren de la normalidad en un amplio margen de culturas⁵⁷, y de impresionantes demostraciones de que eso depende poco o nada de la experiencia ambiental⁵⁸, disponemos en la actualidad de una enorme cantidad de demostraciones acumuladas sobre las vías en las que la bioquímica del pensamiento en la esquizofrenia difiere de manera consistente de la bioquímica del pensamiento que existe dentro del amplio margen de lo normal. Investigar de forma continuada para encontrar los procedimientos para modificar esta química anormal es racional y apropiado al problema. Tenemos buenas demostraciones de que los tratamientos que están consagrados son efectivos⁵⁹, y aún más si se aplican precozmente, en el primer episodio de comienzo de la enfermedad⁶⁰. En los tratamientos deben incluirse intervenciones psicosociales, que requieren mucho trabajo⁶¹, junto con medicaciones, que requieren mucho menos, diferencia que a menudo lleva a confiar casi en exclusiva en la medicación. Hemos de recordar que los efectos colaterales nocivos incluso del tratamiento que ya se está haciendo pueden ser substanciales y tener en mente lo sobrecogedores que resultan, vistos retrospectivamente, los, al menos, 200 años de historia en los que se ha impuesto una larga lista de intervenciones de tipo conductista, físico y químico en los esquizofrénicos, muchas de ellas violentas, con una despiadada arrogancia que retrospectivamente nos deja impresionados⁶². ¿Cómo podemos estar seguros de que nuestras intervenciones de hoy día son menos arrogantes, en cierto modo, que las del pasado? *Sólo no estando seguros*, siendo conscientes de nuestra capacidad de equivocarnos, incluso aunque ahora sepamos mucho más que sabíamos antes. Hemos de enfrentarnos con el manejo de las enfermedades mentales y emocionales con extraordinaria precaución y sensibilidad y reconocer que, en este terreno más que en ningún otro, todas las intervenciones son experimentales, y ninguna puede tener siempre un resultado com-

pletamente predecible, y recordar también que los enfermos necesitan y desean tratamientos efectivos, no filosofía⁶³.

Estas decisiones son bastante difíciles en adultos, pero, en niños, se convierten en casi imposibles. La percepción profesional de la existencia de enfermedades mentales en niños que justificaba el uso de medicación surgió poco a poco en Estados Unidos en los años setenta y aumentó rápidamente a partir de 1980. La proporción de niños que no se sienten felices la mayor parte del tiempo y la proporción de aquéllos cuyo comportamiento en casa o en la escuela altera la vida familiar o la enseñanza es probable que también esté creciendo. Al igual que en las psicosis de los adultos, se pueden detectar diferencias bioquímicas e incluso biofísicas, susceptibles de medirse, entre los cerebros de los niños afectados y los de los “normales”, lo que dista de ser sorprendente. Puesto que el comportamiento del cerebro tiene lugar por mecanismos bioquímicos, de modo que la cólera o la desesperación se acompañan cada una de variaciones químicas susceptibles de medirse, otros muchos comportamientos generarán inevitablemente al menos diferencias bioquímicas transitorias. Sin embargo, si se puede encontrar que alguna intervención mejora la conducta, de manera más o menos consistente, esto crea una oportunidad para un diagnóstico y una medicación. A los médicos que quieren ayudar a los niños y a sus padres les puede parecer que está justificado explorar esta posibilidad y las empresas que buscan nuevos mercados estarán deseosas de colaborar con ellos. Esto plantea una pregunta mucho más importante: ¿Por qué no son felices estos niños? O bien, ¿por qué su comportamiento resulta insoportable para sus padres y maestros? Si supiéramos las respuestas a estas preguntas, podríamos actuar sobre las causas en lugar de modificar los efectos, poniendo a los niños medicaciones mientras que sus cerebros están creciendo y sus conductas se están modificando todavía con más facilidad⁶⁴. Pero quizá esta pregunta sea demasiado grande, lleve demasiado tiempo contestarla o la aplicación de la respuesta esté fuera de las manos de los médicos, de los padres o de los maestros. Lo prudente, tirando por la calle de en medio, es limitarse a prescribir lo que quiera que hayan lanzado las firmas farmacéuticas para

substituir a sus viejos productos a los que, a su vez, se les desacredita, de modo que la larga lista del abuso médicamente aceptado continúa con su ciclo eterno de alternancia desde la credulidad a la desilusión⁶⁵.

La incidencia percibida de depresión infantil, trastorno de falta de atención e hiperactividad (TFAH) y autismo ha ascendido de manera continua a lo largo de las dos o tres últimas décadas⁶⁶. En Gran Bretaña, la incidencia de TFAH como primer diagnóstico parece haber alcanzado su máximo en 1996 y haber cambiado poco entre 1996 y 2001, lo que sugiere que, sea por lo que fuere⁶⁷, parece haberse estabilizado en la actualidad en una prevalencia de alrededor de 5,3 por cada mil niños de entre cinco y catorce años, frente a de 40 a 260 por mil en diferentes encuestas en Estados Unidos⁶⁸. El comportamiento del TFAH mejora, por lo general, cuando a esos niños se les da metilfenidato (Ritalin®), un medicamento estrechamente relacionado con las anfetaminas⁶⁹. Parece paradójico que un fármaco estimulante ayude a niños que ya están demasiado estimulados, pero empíricamente parece que es así, con una mejoría suficientemente llamativa como para impresionar incluso a los padres y a los clínicos escépticos. El diagnóstico y el tratamiento en Gran Bretaña han ido muy por detrás de lo que ha ocurrido en Estados Unidos, lo que ha llevado a algunos médicos y a muchos padres y medios de comunicación a afirmar que el NHS y nuestras escuelas están dejando abandonado un problema remediable⁷⁰. En Estados Unidos, por otra parte, la nueva moda provocó la suficiente preocupación entre los educadores en el sentido de que se estaban diagnosticando y tratando en exceso los trastornos de conducta, como para que la FDA encargara una encuesta por parte del Comité de Control de Narcóticos de las Naciones Unidas, que debían llevar a cabo investigadores de la Universidad de California. Su informe mostró que, en 1994, el 50% de los niños considerados susceptibles de recibir tratamiento con metilfenidato por TFAH por parte de 380 pediatras, no habían sido sometidos a ninguna prueba de tipo psicológico ni educativo, sino que estaban siendo diagnosticados y tratados sin ninguna valoración formal. Entre un 10 y un 12% de todos los niños de entre seis y catorce años estaban tomando el medicamento⁷¹. Lo más serio de todo

fue que este estudio confirmó otros que habían demostrado que el metilfenidato también mejoraba la concentración en los niños “normales”, no diagnosticados de TFAH, poniendo de nuevo en entredicho si es útil considerar a este trastorno como una enfermedad, en lugar de cómo un comportamiento normal extremo⁷².

Los psiquiatras y psicólogos infantiles británicos parece que todavía están divididos respecto a este tema, entre los más activos e impenitentes defensores de un diagnóstico y un tratamiento más activos y los escépticos que reclaman que se sea prudente⁷³. Un equipo de trabajo de la Sociedad Psicológica Británica ha alertado contra la prisa por etiquetar a los niños traviesos y que no prestan atención como candidatos a necesitar tratamiento por una enfermedad⁷⁴. Sin embargo, la mayoría de los maestros de niños que requieren educación especial conocen niños que están recibiendo tratamiento indicado por médicos generales, sin que ningún especialista los haya sometido nunca a una evaluación formal. Esto se vio que sucedía después de muchas discusiones públicas en los medios de comunicación, con padres muy alterados que demandaban prescripciones directamente a sus médicos de familia, a menudo tras un diagnóstico que los mismos padres habían hecho tras probar las “pastillas milagrosas” que les habían recomendado los vecinos.

Puede que estos padres y sus vecinos estén también familiarizados con las anfetaminas, popularmente conocidas por “speed”. Éstas se usaron originalmente para mantener a los comandos y a los pilotos de bombardeo despiertos y concentrados mucho después de que sus cuerpos les pidieran que se fueran a dormir y, después se emplearon para los bailarines que debían bailar toda la noche y la gente que necesitaba perder peso, pues la anorexia era uno de sus efectos colaterales. Cuando fui a Glyncorrwg en 1961 encontré que la adicción y dependencia a las anfetaminas (que se podían obtener en una farmacia local para alcohólicos) eran un problema importante allí, aunque en esa época las compañías farmacéuticas negaban todo tipo de riesgo de adicción o dependencia y los más expertos psiquiatras estaban de acuerdo con ellas. A mitad de los años sesenta se reco-

noció como un problema importante en todas partes la adicción a la anfetamina y a la dexanfetamina y en los setenta la mayor parte de los países tenían legislaciones que limitaban su uso. ¿Por qué va a resultar diferente el metilfenidato, químicamente un pariente próximo, con efecto estimulante similar? Al igual que sucedió anteriormente con la anfetamina, los fabricantes niegan ahora todo riesgo de dependencia o adicción, pero ya hay bastante evidencia de tipo anecdótico de que tal tipo de adicción es un problema que aumenta entre los adolescentes a quienes se receta este fármaco, lo que ha sido aceptado por la Federal Drug Administration (FDA) como un riesgo real.

Al llegar a estas conclusiones tan complejas, los chicos, los padres, los médicos de familia y los psicólogos y psiquiatras infantiles pueden estar seguros del consejo sencillo e inequívoco de por lo menos una fuente de información que no albergue duda alguna al respecto. En 2001, estos medicamentos se convirtieron en los primeros, entre los que necesitaban receta, de los que se hizo propaganda directa al público de Estados Unidos, pasándose por alto a sus médicos, con objeto de crear una presión por parte de los consumidores para que se llevara a cabo el diagnóstico y el tratamiento⁷⁵. En 2003 las compañías lanzaron una ofensiva de ventas en el Reino Unido y en otros países europeos para promover la prescripción de metilfenidato y dexanfetamina para el TFAH. Las ventas per capita en el Reino Unido eran todavía diez veces menores que las de Estados Unidos y veinte veces menores en Francia e Italia, pero los ritmos de aumento eran buenos y las ventas iban bien. Aunque ambos fármacos están en la lista de la FDA como potencialmente adictivos, las prescripciones en Estados Unidos subieron todavía más de siete veces entre 1992 y 2000, de modo que entre cuatro y cinco millones de niños de ese país, de un total de población con menos de dieciocho años de ochenta millones, se estima que estaban tomando fármacos estimulantes, un mercado legal que supone alrededor de mil millones de dólares al año⁷⁶. Algo les está sucediendo a todas las sociedades impulsadas por el mercado que sus dirigentes parecen incapaces de admitir incluso para ellos⁷⁷.

Las presiones relativas a los tiempos de consulta conducen a decisiones clínicas precipitadas e impulsivas basadas en demostraciones inadecuadas, bien derivadas de lo que los enfermos dicen o piensan, o bien de lo que se considera pensamiento profesional. Las presiones por parte de las firmas farmacéuticas y de cualesquiera otras empresas cuyos beneficios dependan de las decisiones clínicas ofrecen opciones simplificadas y atractivas, pero sesgadas, que distorsionan esas decisiones. Las consultas son actividades delicadas que deben tratarse con más cuidado, respeto y protección respecto a las presiones comerciales de los que ahora se les presta.

HISTORIAS CLÍNICAS

Alrededor del 85% de la evidencia que se utiliza para llegar a un diagnóstico médico final procede totalmente de lo que dicen los enfermos, de sus propias historias. La exploración añade a esto alrededor de un 7% y las pruebas paraclínicas como los rayos X, los análisis de sangre, etc, otro 7%⁷⁸. El diagnóstico correcto depende, por lo tanto de forma contundente de un cuidadoso, reflexivo y sosegado contar, por parte de los enfermos, y escuchar, por parte de los profesionales, las historias de los primeros. No pueden ponerse en marcha los instrumentos diagnósticos de forma correcta y económica sin una hipótesis diagnóstica que sólo puede establecerse hablando y escuchando (y, a veces, esperando un poco y viendo lo que pasa)⁷⁹. En esto han de incluirse el 50% de los síntomas generalmente sin importancia que eventualmente acaban siendo trastornos autolimitados con pocas consecuencias. En personas por lo demás sanas, las conductas que implican retrasar el poner una etiqueta al proceso, esperando y viendo lo que pasa al cabo de unas dos semanas, en lugar de precipitarse directamente y hacer exploraciones complejas o derivar al paciente, son seguras, efectivas y aceptables todavía para la mayor parte de los enfermos en el Reino Unido, aunque el consumismo creciente convierte en cada vez más difíciles estos cautos enfoques. Siempre y cuando los pacientes reciban explicaciones comprensibles y fiables de lo que les

está pasando, junto con una valoración equilibrada de los riesgos y la seguridad de que quienes los atienden están siempre abiertos a tener en cuenta los nuevos datos y revisar sus opiniones, pocos tienen síntomas persistentes con los que no puedan vivir durante dos semanas.

ENFERMEDADES MENTALES SOMATIZADAS

Los síntomas banales y por lo general transitorios producto de situaciones emocionales, en particular miedo o depresión leve, responden, generalmente, bien a una combinación de una atenta escucha (prestando especial atención a las ideas propias de los pacientes sobre las posibles causas), una exploración cuidadosa y posiblemente alguna prueba sencilla, unidas a una explicación en términos simples, junto con la sugerencia de que vuelvan para revisarlos posteriormente. Este es un terreno en el que las pruebas y los tratamientos inadecuados no sólo son un despilfarro, sino que además pueden ser peligrosos. En palabras de Jerome Frank, “En muchos enfermos, el placebo puede ser tan efectivo como la psicoterapia porque, en su condición de placebo, contiene los ingredientes necesarios, y posiblemente suficientes, como para producir el mismo efecto beneficioso de todas las formas de psicoterapia, que consiste en una persona con intención de ayudar que escucha las quejas enfermo y ofrece un procedimiento para aliviarlas, despertando por ello las esperanzas del enfermo y combatiendo su desmoralización⁸⁰”.

Una minoría de alrededor de un 5% de los pacientes que consultan en atención primaria, tienen un problema importante de enfermedad mental somatizada⁸¹. Algunos de ellos proceden del grupo de enfermos que presentaron inicialmente síntomas banales, cuyas ansiedades se han incrementado por haber recurrido, de entrada, a medidas defensivas con objeto de excluir problemas que probablemente no tienen en sus cuerpos y hacer poco o ningún esfuerzo por encontrar lo que probablemente tienen de verdad en sus mentes. A los pacientes con trastornos de somatización importantes se tiende a despacharlos mediante la imprudente y excesiva colocación de etiquetas, realización de pruebas, derivaciones, derivaciones cru-

zadas entre varios especialistas y operaciones quirúrgicas innecesarias⁸². Se convierten en enfermos con “historias gordas”, que horrorizan a los médicos y se endosan a una serie de especialistas (acabando en un psiquiatra), y que generan costes crecientes según van de un lado a otro.

Por tanto, los trastornos de somatización son un problema importante, con grandes efectos sobre los costes, la eficiencia y la moral de los trabajadores del NHS y sobre los pacientes. Parece que son mucho más frecuentes entre personas que han padecido abusos físicos o sexuales durante la infancia, cuyos resultados en la vida adulta parecen ser idénticos. Ciertos estudios que se llevaron a cabo en el Reino Unido, Estados Unidos, Alemania y Australia han mostrado que alrededor de un 20% de las mujeres y un 8% de los hombres admiten haber vivido experiencias de abuso sexual en la infancia⁸³. Entre los enfermos que consultan a menudo a sus médicos, alrededor de un 25% admiten haber tenido experiencias bien de abuso sexual o de violencia doméstica seria en su infancia⁸⁴. Por otra parte, alrededor de un tercio de las personas que experimentaron ese tipo de abusos refieren un problema psicológico, frente a aproximadamente la mitad de esa cifra entre quienes niegan tal tipo de experiencias⁸⁵. En lo que se refiere a la violencia doméstica entre adultos, este iceberg social sólo empezó a revelarse en los años ochenta, pero siempre ha generado enormes temores no declarados⁸⁶. La mayoría de la gente se cierra sorprendentemente a admitir esta situación pero, como dijeron Kayon, Kleinman y Rosen, si la única manera que se tiene de atraer la atención hacia la tristeza o el miedo es tener cefaleas o palpitaciones, uno aprende a quejarse de esta manera⁸⁷.

Todo esto es tan confuso, tan complejo y tan difícil como la mayoría de los demás aspectos de la biología humana. Somos una especie complicada. Pero nuestros mayores problemas no surgen de la siempre dudosa, incierta y ambigua naturaleza de la salud y la conducta humana, sino del engreído rechazo a admitirlo y creer que, colocando los problemas humanos en una “caja negra” deshumanizada con medicinas como únicos instrumentos, se puede obtener un resultado útil⁸⁸. Si los médicos o los

pacientes pudieran encontrar alguna razón, lo que es poco plausible, para dar una explicación mecanicista de los síntomas o poner una etiqueta somática a los mismos, la mayor parte de ellos se aferraría a ella con alivio, en lugar de introducirse en la ciénaga de sus más íntimos temores y ansiedades, que tienen que compartir en un grado similar al de los enfermos. Si puede encontrarse algún indicio o incluso la más dudosa evidencia de que hay una enfermedad orgánica, y mejor si la misma tiene una solución quirúrgica aparentemente sencilla, tanto el médico como el enfermo pueden regresar a las cortas consultas que se ocupan de la mecánica del cuerpo y sus reparaciones y mantenerse lejos del peligroso terreno en el que asientan las causas. Por otra parte, para tener alguna esperanza de proporcionar una atención racional con resultados en salud susceptibles de medirse, hay que pagar el precio de unas plantillas mayores, unos tiempos de consulta más largos y una imaginación más amplia, más escéptica y más dotada de compasión⁸⁹: una “caja negra” diseñada a partir de la experiencia de manejar problemas humanos, no a partir de la gestión de las cadenas de montaje.

CIRUGÍA ELECTIVA

Hasta ahora hemos considerado la “caja negra” de la atención primaria y es correcto, pues el 95% de las primeras consultas acaban en ese nivel y las decisiones que en él se toman determinan en sumo grado no sólo si se deriva a las personas a los especialistas hospitalarios (atención secundaria), sino a quién deben ver y qué es lo que hay que hacerles cuando lleguen allí⁹⁰.

Los ejemplos más sencillos y familiares de atención especializada, que casi han monopolizado la atención de los medios de comunicación hacia el NHS desde que éste empezó a orientarse de nuevo hacia el mercado, provienen de la cirugía planificada, electiva – puentes coronarios, prótesis de cadera, colecistectomías, etc. Los cirujanos trabajan necesariamente en una cultura de toma de decisiones e intervenciones agresivas, muy de tipo mecánico. Sin embargo, la práctica quirúrgica racional es tan

complicada y está tan llena de opciones difíciles como la práctica médica racional y requiere decisiones igualmente compartidas y escépticas, no sesgadas ni por presiones administrativas, ni por gratificaciones o sanciones económicas.

Entre las intervenciones quirúrgicas de esta categoría electiva están la amigdalectomía y la adenoidectomía por faringitis recurrentes, la colocación de drenajes de teflon en el tímpano por trastornos banales del oído medio, la histerectomía por sangrados menstruales excesivos, las colecistectomías por litiasis y dolores abdominales no explicados, las prótesis de cadera o de rodilla y las diferentes operaciones de que disponemos ahora para puentear o introducir “stents” en las arterias coronarias enfermas, todas ellas con un amplio margen de variabilidad en la toma de decisiones incluso dentro de las guías de práctica clínica consensuadas y con base científica. Comoquiera que las operaciones se practican a edades cada vez más elevadas, las decisiones de llevarlas a cabo conllevan análisis cada vez más complejos, en los que hay que sopesar, inevitablemente, los transitorios beneficios en salud y las muertes inmediatas, por lo que es necesario que los enfermos y sus familias participen en dichos análisis, y confiar en que los análisis de los profesionales no están distorsionados ni por incentivos económicos ni por la agresividad clínica⁹¹.

Por ejemplo, limitándonos a la histerectomía, hay enormes diferencias entre los diferentes países, incluso entre los económicamente desarrollados y que se supone que comparten una base científica común. Las tasas de esta operación en Australia y Estados Unidos son el doble que en Gran Bretaña, pero las tasas británicas son la mitad de las noruegas, a pesar de existir una prevalencia similar de indicaciones racionales para la histerectomía en los tres países⁹². Se ha dicho que estudiar las indicaciones de histerectomía es estudiar la interacción entre la medicina y la sociedad⁹³. La histerectomía elimina algo más que un útero. Para algunas mujeres, asegura un bienvenido fin de su etapa reproductiva, para otras, ésta finalización parece un desastre. Para algunas justifica el abandono de un papel sexual desafortunado, para otras una amenaza a una vida sexual positiva⁹⁴. La cirugía

puede tener efectos placebo al menos tan importantes como los tratamientos médicos⁹⁵.

DECISIONES CON BASE CIENTÍFICA

La medicina con base científica* es un concepto introducido en los años ochenta, siendo David Sackett uno de sus más conocidos padres. La definió como “El uso consciente, explícito y juicioso del mejor conocimiento científico del momento en la toma de decisiones relativas a la atención de pacientes concretos”⁹⁶. Se trata de una afirmación con la cual pocos médicos han osado nunca no estar de acuerdo en los últimos cien años, pero detrás de ella, hay tres nuevas líneas de pensamiento que dan nueva fuerza a ese tópico:

1. Tras la segunda Guerra Mundial, la investigación clínica pasó de estar constituida por estudios intensivos del “antes y el después” de unos puñados de casos interesantes en unos pocos hospitales docentes a implicar ensayos clínicos aleatorios con cientos, miles y eventualmente cientos de miles de enfermos, bien reunidos mediante la red de internet en muchos hospitales, o de personas extraídas de muchas comunidades. El contenido de las revistas médicas pasó de ser comunicaciones anecdóticas de casos interesantes y razonamientos intuitivos sobre el significado de los mismos, a convertirse en la publicación de ensayos aleatorios controlados con análisis basados en la lógica formal y el estudio estadístico⁹⁷.
2. Al iniciarse la informática en los años cincuenta y la electrónica en los sesenta, los datos se podían acumular, almacenar y acceder a ellos de manera selectiva, primero, de manera centralizada y, luego, periféricamente, en los puntos de producción clínica, a mucha

* Como se ha indicado anteriormente, la expresión inglesa “Evidence Based Medicine” debe traducirse en castellano por “Medicina con base científica”, pues “Evidencia”, quiere decir en nuestra lengua: “Certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar” (Diccionario de la R.E., 22ª Edición), lo cual no es aplicable a ningún conocimiento científico. (N. del T.).

mayor velocidad y a un precio más barato en lo que se refiere a trabajo de despacho que en la época de las historias de los casos, las fichas perforadas o las máquinas de Hollerith. En 1995, casi el 90% de los centros del Reino Unido usaban ordenadores y un 55% los usaban para acceder a datos clínicos o a otro tipo de información durante las consultas⁹⁸. Ahora los cerebros de los médicos se pueden utilizar menos por sus cualidades memorísticas, pero se los libera para que piensen haciendo uso de mejor información y mayor escepticismo.

3. En los años noventa, la experiencia mundial de la experimentación humana en ensayos y meta-análisis de los mismos se puso a disposición de todos los clínicos que tengan acceso a la informática, en forma de resúmenes concisos. Todo esto lo revisa y edita de forma centralizada la Colaboración Cochrane Internacional.

Las reformas de la atención sanitaria en todo el mundo tratan de racionalizar la asistencia mediante la aplicación de estos conocimientos y la reducción del empleo de actuaciones que todavía los estudios controlados no han demostrado que sean efectivas. Seleccionados y condensados en Guías de Práctica Clínica⁹⁹, los sistemas de Atención Gestionada intentan hacer la práctica médica rutinaria más conforme con lo que demuestran los ensayos clínicos¹⁰⁰.

Sackett estimó que tan sólo para mantenerse al día de las novedades con demostración científica en el campo de la Medicina Interna, los clínicos necesitaban leer diecinueve artículos diarios durante los 365 días del año. Según sus propias afirmaciones, probablemente optimistas, los médicos consultores del NHS, de hecho, dedicaban un promedio de menos de una hora semanal a esta tarea. Lo que finalmente ha hecho factible la aplicación “a la cabecera del enfermo” del saber científico ha sido la informática y, entre ella, la Colaboración Cochrane Internacional (CCI), un almacén central de conocimiento resumido que crece constantemente. Este almacén lo inició Ian Chalmers, uno de los colaboradores de Archie Cochrane, quien ya había sido pionero en la práctica obstétrica

con base científica, que encantó a la mayoría de las matronas pero enfureció a muchos dentro de la “flor y nata” obstétrica. La CCI reunió a una red mundial de comités de expertos capaces de producir meta-análisis, reuniendo datos de numerosos ensayos pequeños, con objeto de alcanzar conclusiones de consenso y, a partir de las mismas, desarrollar guías para el ejercicio cotidiano. Todo esto cuesta un dinero que los gobiernos estarían dispuestos a aportar, convencidos de, que si la atención médica pudiera tornarse más racional, también sería más eficiente, más susceptible de gestionarse y más compatible con el pensamiento económico convencional de la era postkeynesiana.

Las guías pueden ayudar a aplicar conocimientos útiles sobre biología humana de manera más efectiva, pero tan pronto como tratamos de usarlas en el mundo real, surgen dos dificultades. Primero, pocos (a menudo ninguno) de los expertos responsables de desarrollarlas tiene suficiente experiencia de las condiciones reales en que van a tener que aplicarse como para comprender cómo han de diseñarse o distribuirse, ni de sus limitaciones en la práctica, particularmente sus implicaciones en términos de carga de trabajo de las plantillas, fuera de los centros de excelencia en que ellos trabajan. Parece haber una aceptación no explícita, pero sí implícita, de que la calidad de la asistencia tiene que deteriorarse de forma natural, según aumenta la distancia a esos centros de excelencia y de que la tarea de esos expertos tiene que seguir siendo la que siempre ha sido en el pasado: establecer unos criterios que los demás tienen que aceptar como objetivos por lograr, aun cuando no tengan los recursos adecuados e independientemente de que sea factible conseguirlos.

En segundo lugar, estimulan la visión estrecha característica de los especialistas pero absolutamente inapropiada para los médicos generales, formulando guías para problemas aislados, ignorando el hecho de que los médicos generales de atención primaria han de tratar, por lo general, problemas múltiples. En el mundo real de los países económicamente desarrollados, la mayor parte de los enfermos son viejos y necesitan un largo periodo de tiempo para habituarse a la medicación estable y a las revisio-

nes periódicas, si es que llegan a aprenderlo alguna vez. Todavía no tenemos suficiente investigación y, en consecuencia, tenemos pocas guías que se deriven de la experiencia de asistir a esas personas viejas reales, pero una cosa sabemos: su porvenir depende de la continuidad de la atención, en el sentido de que los enfermos conozcan personalmente a todo el equipo asistencial y el equipo asistencial conozca a todos los enfermos. Esto no se ajusta con facilidad a las tareas, a menudo fragmentadas, que se describen en las guías, cuyo objetivo puede no tardar en convertirse en poner cruces en las casillas para lograr objetivos, en lugar de lograr controlar las enfermedades. Esto es así particularmente cuando se paga a los trabajadores conforme a su productividad, que se mide de esta manera, tal como se señala ahora en los contratos del nuevo mercado sanitario.

Por ejemplo, las guías elaboradas por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos en 1993, exigían que al paciente medio que acudía a una consulta externa se le valorasen quince factores de riesgo diferentes, lo que requería tomar decisiones sobre veinticinco posibles actuaciones distintas¹⁰¹. Para que las guías se sigan de manera inteligente, no de forma mecánica, los trabajadores tienen que creer en ellas. La mejor manera de conseguir esto es que participen en su desarrollo. Las guías preparadas de manera centralizada por expertos son, en el mejor de los casos, un punto de partida para los médicos que se espera que las apliquen en su lugar de trabajo.

A pesar de estas pegas, las guías son necesarias y útiles. En 1994, un estudio de 24 centros de atención primaria del Este de Londres que habían establecido registros de enfermedades, lo que significa que estaban por encima de la media de calidad, mostró que en sólo alrededor de un tercio de todos los diabéticos se había apuntado el peso alguna vez y en menos de la cuarta parte se habían apuntado sus hábitos respecto al tabaco¹⁰². Sólo en un poco más de un tercio de todos los asmáticos se había registrado esporádicamente algún aspecto de la función pulmonar y en menos del 20% los hábitos tabáquicos. Por supuesto, estas tareas necesitaban hacerse de manera urgente, puesto que, sin ellas, no era posible una asis-

tencia racional, pero las autoridades del NHS siempre habían ignorado o subestimado considerablemente la consiguiente carga de trabajo de los miembros de la plantilla.

Esto ha provocado actitudes extremadamente escépticas, cuando no cínicas, hacia las guías por parte de los clínicos de primera línea. Comquiera que sus ingresos se vinculan cada vez más a la constancia de que han seguido dichas guías y han cumplido los objetivos, este rechazo puede encubrirse superficialmente pero, para la mayoría de los médicos y enfermeras, continúa siendo una verdad sangrante. La Medicina con Base Científica y sus guías de práctica hacen que, a menudo, su trabajo sea más difícil, sin hacerlo claramente más efectivo.

El uso generalizado de guías implica dos riesgos inevitables. En la práctica, se convierten fácilmente en carriles que no guían el razonamiento sino que lo substituyen por una lista de control de acciones rituales, que han de llevarse a cabo tanto si quien las realiza las entiende y cree en ellas, como si no. En el peor de los caos, estas listas de acciones pueden llevarse a cabo por diferentes trabajadores sanitarios que rara vez, si es que lo hacen alguna, consultan para interpretarlas y, en consecuencia, tener alguna sensación de que su trabajo ha sido útil para los enfermos y no sólo para lograr sus metas. Este tipo de efectos son fáciles de ver en la práctica médica y de enfermería habituales, particularmente allá donde el rendimiento, la financiación y la defensa legal dependen todos ellos de que se haya puesto la crucecita en cada casilla¹⁰³. El nuevo contrato de los médicos generales, que se aplica desde 2004, ha adoptado esta forma, con un efecto aparentemente rápido en el comportamiento de los mismos: la colocación de crucecitas en las casillas aumentó rápidamente. Esta actitud ha aumentado los ingresos y los recursos de los centros y también el valor de la atención primaria como negocio, para cualquier tipo de entidad depredadora que compita en este nuevo mercado. El temor de los médicos generales a que el logro de metas de “llenado de crucecitas” pueda usarse para construir, de manera conchavada, tablas para estimular la competencia entre los centros de salud, similares a la que se están

usando ya para estimular la competencia entre los hospitales, en el contexto de unas empresas sanitarias pujando entre ellas para lograr clientes. Los resultados y la productividad medidos de esta manera por la constancia de que se han realizado los procedimientos es probable que tengan poca relación con los resultados y la productividad en términos de incremento de salud. Promoverán respuestas a las demandas de los consumidores, pero no a las necesidades sanitarias de las comunidades. Los consumidores que ya tienen grandes expectativas demandarán y recibirán relativamente más, las comunidades con pocas expectativas las verán confirmadas. El gobierno podría mitigar este efecto que tiene cualquier tipo de mercado mediante la regulación, pero esto se verá como una intromisión en un proceso, por lo demás, natural y espontáneo, siempre vulnerable a la desregulación en el nombre de la libertad de elección.

En segundo lugar, si las firmas farmacéuticas o cualesquiera otros intereses sectoriales, pueden influir en el contenido de las guías de práctica que se adopten a nivel nacional, ello puede tener implicaciones económicas demasiado fuertes como para que la integridad de los profesionales se resista a ellas. Unos investigadores de Toronto que estudiaron a 200 autores de 44 guías de práctica clínica que se usaban en Estados Unidos encontraron que el 87% eran expertos con vínculos económicos no declarados con las firmas farmacéuticas ¹⁰⁴. Todos nosotros tenemos la esperanza de que las agencias equivalentes del gobierno británico, como el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) consigan mantenerse libres de corrupciones de este tipo, pero la OMS ya ha tenido que llamarle la atención acerca de las conexiones con firmas farmacéuticas de algunos de sus consejeros ¹⁰⁵. La Colaboración Cochrane Internacional probablemente se mantenga, si es posible independiente de las presiones comerciales. Dedicó una conferencia mundial con alrededor de mil delegados para tratar este asunto en 2004, pero la creciente penetración comercial en los departamentos de la universidad, estimulada por los gobiernos hace que, para cualquier organización con influencia, la independencia resulte extremadamente difícil.

EL CONOCIMIENTO APORTADO POR LOS ENFERMOS

Estos problemas se resolverán mucho más fácilmente cuando todos acepten que la Medicina con Base Científica, tal como se entiende generalmente, carece todavía de una dimensión necesaria, a saber, el conocimiento que proviene de los pacientes. Sin el mismo es probablemente imposible un progreso substancial¹⁰⁶.

Hemos visto ya que, al menos, el 85% de los diagnósticos se derivan de escuchar a los enfermos sus propios relatos y que, fuera de los hospitales, los pacientes o sus cuidadores informales son responsables al 100% de que realmente se lleve a cabo cualquier tratamiento que se haya decidido. El que los enfermos no logren cumplir cualquiera de esas dos tareas impide que se obtenga el beneficio en salud tanto como los fallos de los profesionales. Los enfermos pueden beneficiarse también de las guías de práctica clínica y se sienten igual de confundidos si están elaboradas por expertos ignorantes o a los que no les preocupa en qué mundo deben aplicarse¹⁰⁷. Tan necesaria como la investigación sobre la base científica que se ha ido acumulando sobre la experiencia de los médicos o de las enfermeras es la investigación sobre la experiencia de los enfermos relativa a sus enfermedades y tratamientos.

Principalmente gracias a Andrew Herxheimer, este tipo de certeza científica se está sacando a la luz a través de la biblioteca y la página web internacional DIPEX (www.dipex.org), de la que ya he sacado antes un ejemplo. Esta página web excelentemente diseñada y adaptada a los usuarios, reemplaza de golpe a todos los libros que se han escrito como ayudas a los no profesionales para que comprendan sus enfermedades y sus tratamientos, a un coste mínimo y de una forma mucho más accesible. Proporciona también material didáctico esencial para todos los profesionales sanitarios, que ahora se empieza a utilizar para la formación médica de pregrado y de posgrado. La DIPEX constituye la base potencial para el imaginativo programa del Director General Médico Liam Donaldson, que pretende facilitar el desarrollo de redes de Enfermos Expertos en todo el Reino Unido, facilitando formación adicional a voluntarios con expe-

riencia en ciertos trastornos crónicos para que colaboren en su propia asistencia ¹⁰⁸. Aunque, en el momento en que escribo estas líneas, no parece que los planes del gobierno contemplen que algunos de estos enfermos expertos ayuden a otros con problemas similares, es difícil pensar que esto no acabe sucediendo y dé lugar a puestos de trabajo importantes como asesores.

La discusión sobre el programa de Enfermos Expertos, que está ya en su tercer año con más de 2000 enfermos que han realizado un curso formativo de seis semanas, se ha centrado principalmente en los beneficios para estos pacientes en el enfoque de su propia atención como si fueran consumidores en lugar de ser ciudadanos y necesitasen fundamentalmente ayuda para elegir a proveedores alternativos de cuidados. Hasta la fecha, pocos médicos parecen dispuestos a aceptar de buen grado a los enfermos como “coproductores”, en lugar de verlos como fastidiosos críticos bien informados. En 1999, sólo el 21% de los médicos de una muestra aleatoria aceptaban de buen grado la idea de los Enfermos Expertos, un 58% predecía que aumentarían la carga de trabajo de los médicos generales, un 42% pensaba que aumentarían los costes del NHS y sólo un 12% pensaba que mejorarían las relaciones médico-enfermo¹⁰⁹. En 2003, otra encuesta puso de manifiesto que el 76% de los farmacéuticos, el 63% de los médicos y el 48% de las enfermeras pensaban que los pacientes mejor informados les demandarían más tiempo, serían más exigentes y sería más difícil tratar con ellos ¹¹⁰. Estudios objetivos en enfermos que habían recibido más formación sobre cómo manejar sus enfermedades muestran exactamente lo contrario, que se reducen las tasas de frecuentación de las consultas médicas en al menos un 42% ¹¹¹. Como de costumbre, la respuesta no ha sido una promoción más entusiasta de políticas basadas en estos datos, sino un retraimiento frente a los tozudos temores intuitivos. Un editorial del *British Medical Journal* sobre este tema se hacía eco de las sugerencias de que se cambiase el nombre de “Enfermos Expertos” por los de “Pacientes Implicados”, “Enfermos Autónomos” o “Pacientes con Suficientes Recursos”¹¹², algo así como para que los profesionales sanitarios no tuvieran en la práctica que aceptar que los enfer-

mos tienen verdaderamente inteligencia, información y experiencia que pueden cooperar en su atención en lugar de obstruirla si se los anima a adoptar un papel más activo.

Utilizada como un pilar básico para la creación de Enfermos Expertos, como una extensión de los equipos, tanto de atención primaria como hospitalaria, y combinada con lo que demuestran ensayos controlados realizados a través de la Colaboración Cochrane Internacional, la DIPEX puede proporcionar una base de datos internacional completa de enfermos que complementa a la Biblioteca Cochrane, que ahora también acepta aportaciones de datos por parte de enfermos. A partir de estas dos fuentes, puede desarrollarse un ejercicio clínico con verdadera base científica a todos los niveles, desde los de las políticas internacionales o nacionales, hasta los de los más remotos centros de atención primaria que desarrollen sus propias guías de práctica clínica. El que esta posibilidad se lleve realmente a cabo depende de si los profesionales tienen suficiente madurez, conocimiento de sí mismos y realismo político como para aceptar de buen grado a unos enfermos más informados y dinámicos como sus aliados o, tal como indican los datos citados en los últimos párrafos, continúan viéndolos sólo como un problema adicional. Según los temores profesionales sean refutados por lo que se demuestra científicamente, su percepción podría cambiar, lo que dependerá del valor y la imaginación que tan escasos son en la actualidad. Esto dependerá también de si un número suficiente de enfermos conservan su dignidad como ciudadanos y rechazan que se les degrade a la categoría de consumidores. De hecho, para ambas partes se trata de un desafío político y social no de un problema técnico.

¿QUIÉN PUEDE ESTAR A FAVOR DE LA ATENCIÓN GESTIONADA?

Que las bases de datos de los conocimientos de los profesionales y de los pacientes sean accesibles es una condición previa para la Medicina con Base Científica, pero no asegura por sí misma que las decisiones que

se tomen en la práctica se conviertan en decisiones con base científica¹¹³. Esto requiere abandonar la cultura tradicional, profundamente arraigada, del dominio de los médicos y la sumisión de los enfermos, que se expresa de la mejor manera a través del paternalismo y de la peor por medio del comercio que, de manera sistemática, ignora, minimiza y malversa la siempre necesaria, pero habitualmente invisible, contribución de los enfermos al diagnóstico y al tratamiento.

Como siempre, este abandono puede llevarse a cabo por dos caminos. Los conocimientos de los pacientes pueden usarse para estimular que se haga una selección más discriminativa por parte de los consumidores individuales en los mercados de proveedores competitivos. Este comercio, eventualmente autofinanciado, podría ser un complemento periférico a los servicios primordiales que seguirá prestando el Estado como si se tratase de un último derecho humano para los indigentes, manteniendo la lealtad aparente al NHS tal y como se concibió en 1948. Aparecerán nuevas realidades en la nueva periferia comercial, en lugar de hacerlo en el núcleo central del NHS, de modo que el sistema podría eventualmente convertirse en un mercado autofinanciado de bienes de consumo. El fragmento de toda la atención sanitaria en su conjunto que este mercado vaya a cubrir lo determinará la cantidad con que el mismo sea capaz de cargar. En este caso, los proveedores y los consumidores se enfrentarán entre sí como sucede en cualquier otra transacción - ¡Ojo, que tengan cuidado los compradores! Este proceso avanzará al mismo ritmo que el aburguesamiento de la población en su conjunto, que no tiene límites naturales. Las personas que sigan sin poder pagar la atención que necesiten la recibirán, de manera espartana, de lo que quede del NHS, pero cuanta más riqueza se despilfarre de las mesas de los ricos*, en las que todo el mundo estará en su momento incluido, la atención por parte del Estado se debilitará cada vez más, con lo que se podrán bajar los impuestos. El consumidor será el rey y los médicos, por fin, se colocarán en su lugar, regulados por

* El autor utiliza el símil de la parábola evangélica del rico Epulón y el pobre Lázaro, *Lucas* 16,19-31.

el Gobierno, gestionados por sus empresarios y encorsetados por su propia necesidad de agradar a los clientes. Adecuadamente regulado para limitar al máximo el fraude descarado, este escenario de consumismo es la solución hacia la que se mueve en la actualidad el capitalismo global, encabezado en Europa por el Nuevo Laborismo ¹¹⁴.

Sean las que fueren las intenciones que declaren quienes establecen las pautas, en este escenario de consumismo, las bases de conocimiento de los proveedores y de los consumidores permanecerán divididas, porque van a servir a intereses opuestos. Cada uno podría aprender del otro, pero sólo si ambos intentasen comprender a qué está dispuesto el contrario.

La alternativa es que ambas partes combinen sus fuentes de conocimiento para constituir algo nuevo, una biología humana en la que se incluya todo el espectro de la experiencia y el comportamiento humanos, sus bases culturales y de conducta del mismo modo que las bases materiales de Anatomía, Fisiología y Patología. De esta manera, la práctica médica no sólo empezará a usar la ciencia, sino que formará, en sí misma, una parte de la ciencia, única entre las ciencias en el sentido de que tanto sus sujetos como sus objetos seremos nosotros mismos. Los profesionales de la salud, que han hecho enormes avances en su efectividad mediante el respeto al pensamiento científico, buscan continuamente nuevas formas de acercar su ejercicio a los métodos científicos, reconociendo el carácter esencialmente experimental (puesto que sus resultados no son completamente predecibles) de todas las actuaciones sanitarias. Esto ha llevado a algunos de nuestros profesionales más conservadores a reconocer que, sin hacer que los enfermos se conviertan en socios igualitarios, la sanidad no puede ir más allá de unas episódicas reparaciones de los procesos patológicos en sus fases finales. Una acción efectiva para promover y conservar la salud depende a menudo de tareas muy sencillas emprendidas de manera conjunta con todo el mundo, no exclusivamente con la minoría a la que se le ha deteriorado la salud. De esta manera práctica y material, los profesionales de la sanidad están introduciéndose en una alianza de facto con sus enfermos y con las poblaciones a las que sir-

ven. Aunque de manera incierta, sus pasos se encaminan hacia una democracia participativa y una alianza más amplia.

Con una imaginación inspirada socialmente, todas las consultas proporcionan virtualmente oportunidades para desarrollar nuevas relaciones entre los profesionales y los enfermos, en ambas direcciones. Al principio, su carácter divergente puede que no sea obvio pero, si miramos a las poblaciones en su conjunto, enseguida se descubre. Como consumidores, una minoría de enfermos que ya es confiada y está bien informada, en general con medios económicos y educados convencionalmente, tendrán más confianza todavía y estarán más informados si buscan sus soluciones a través de un NHS de tamaño cada vez más pequeño y toman conciencia de que hay una variedad cada vez más amplia de alternativas comerciales. El programa de Enfermos Expertos del NHS podría crear una poderosa fuerza colectiva de ciudadanos que participaran en un NHS más fuerte, pero tal como van las cosas ahora en Inglaterra, expresándolo con lenguaje consumista, a la vista de los proyectos iniciales que se han publicado, parece más probable que se acelere su desintegración en unidades competitivas, aunque probablemente no fuera eso lo que intentarían sus autores. Con unas expectativas personales que ya sobrepasan la capacidad del servicio público de satisfacerlas con los recursos de que concebiblemente dispone en la actualidad, estos Enfermos Expertos podría destruir las pocas barreras que aún existen entre un servicio público y un comercio privado, dando lugar a una entrada todavía más rápida de posturas comerciales.

A la mayoría de las personas que tengan los problemas de salud más difíciles y complejos, por otra parte, se les permitirá que vayan tirando como puedan con unos servicios esenciales, diseñados para resolver las situaciones críticas, en lugar de prestar atención continuada, y que les prestarán profesionales en los que ya no confiarán, y que, a su vez, sentirán temor de sus enfermos. Por último, un número cada vez mayor se saltará una atención primaria decadente para acudir a las resolutivas puertas de los departamentos de accidentes y urgencias que ya son algo familiar en Estados Unidos, llenos de gente que en ningún momento ha tenido

accidentes ni tendría problemas urgentes si hubiese recibido atención continuada prestada por personas a las que conoce. Que esto suceda o no depende no de las intenciones del gobierno, sino de lo que las primeras promociones de Enfermos Expertos decidan hacer consigo mismos. A pesar de todas las presiones que ejerza el consumismo, su deseo de ayudar a otros que se encuentren en situaciones similares puede que prevalezca y para ello tendrán el apoyo de la mayoría de los trabajadores de la Sanidad Pública.

Para que los enfermos desarrollen todo su potencial como coproductores de salud, han de reestablecerse unas relaciones de confianza sobre una nueva base, no fundadas en la fe, sino en el convencimiento. La vieja confianza en los profesionales se basaba en los mitos de la omnisciencia, mantenidos por ambas partes. Los médicos en un mercado competitivo no pueden aceptar que la ciencia, como tal, no tiene respuestas, o incluso si las tiene, que no saben cuáles son. Los médicos en un mercado competitivo no pueden aceptar decir: “No lo sé, pero vamos a averiguarlo” y a continuación agarrar un libro o consultar una pagina web delante de sus enfermos. No podrían aceptar revelar en sus consultorios que la ciencia biológica se basa en la duda, no en la certeza de la ingeniería y que las cabezas de los médicos no son libros. Cuando el conocimiento útil era pequeño, las pretensiones médicas de conocimientos parecían casi infinitas; la profesión médica se comportaba como si ellos lo supieran todo y los enfermos, nada. Ambas partes se confabulaban en esta decepción, porque los efectos placebo eran virtualmente los únicos que existían. Los efectos placebo dependían de la fe, un valor frágil que es mejor dejar tal como está. Aunque ahora esté desarraigada, mucha de esta cultura de autodecepción persiste todavía, porque es una basura que deben barrer activamente tanto los enfermos como los profesionales.

LA NUEVA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Los científicos se preocupan de preguntas que parecen imposibles de responder. Buscando el límite entre su creciente conocimiento y el volu-

men que, en consecuencia, también crece de ignorancia percibida. Para tener alguna esperanza de éxito, los científicos deben romper su frontera, que es de hecho continua, en secciones que puedan manejarse, simplificando y, por lo tanto, hasta cierto punto, falseando la realidad para poder tener una visión mejor de la misma, analizando un fragmento de ella en cada momento. En la práctica, este enfoque reduccionista ha resultado ser útil y efectivo para resolver los problemas reales de la salud. Una consecuencia importante es que, una vez que se ha desarrollado bien cualquier campo nuevo, los nuevos avances tienden a suceder por fuera de los límites con otras especialidades, en lugar de en su núcleo central ¹¹⁵. Esto integra de nuevo campos que en un determinado momento estuvieron separados, en un círculo sin fin de divisiones inicialmente útiles pero eventualmente contraproducentes, a las que siguen aspectos que se descubren de nuevo.

Aplicado a la salud humana, tal reduccionismo condujo al concepto extremadamente útil de las enfermedades como entidades independientes de sus humanos portadores, aunque de hecho ambas partes fueran inseparables: ninguna enfermedad puede existir por sí misma, todas ellas son formas particulares de la condición humana, que ocurren en diversos individuos ¹¹⁶. Esta idea empezó en el siglo XVIII en una forma que se puede reconocer como moderna, junto con la clasificación de Linneo de los animales y de las plantas. Alcanzó su cénit hacia finales del siglo XIX, momento en que un avance extremadamente rápido de la bacteriología proporcionó un modelo para las enfermedades que se parecía a un bestiario de parásitos predadores, que invadían a sus portadores humanos y engordaban a expensas de los mismos. Esta individualización de las enfermedades la reforzó y divulgó poderosamente el ejercicio médico y, sobre todo, el comercio médico que necesitaba medios para simplificar los, por otra parte, inmanejables y complicados problemas de salud de los enfermos de carne y hueso y que simplificó el lenguaje en que se podían explicar los mismos y pensar en ellos.

Esto tuvo consecuencias tanto negativas como positivas ¹¹⁷. Los estudiantes de Medicina y de Enfermería se aprendieron verdaderos “parques

zoológicos” de enfermedades, como si se tratara de especies independientes, que acechasen en la jungla de la vida en busca de presas humanas. En estos “parques zoológicos” podía tratarse a los enfermos como personas con indiferencia veterinaria, como portadores sin interés de enfermedades interesantes. Los farmacólogos buscaban balines mágicos con los que disparar contra las mismas, diseñados para golpear a las enfermedades pero no a los enfermos. Los dos conjuntos de ideas funcionaban mejor que cualquier otra filosofía previa: la arsfenamina resultó un balín atinado con la sífilis en 1910; en 1935, las sulfonamidas, con las infecciones estreptocócicas, la penicilina con los estafilococos y muchas otras infecciones, en 1943 y, en las dos décadas siguientes, los nuevos avances en el tratamiento de las enfermedades infecciosas se convirtieron en episodios casi anuales.

Sin embargo, la individualización de la enfermedad desintegra todo lo que represente ir hacia atrás desde las etapas finales de las enfermedades hacia sus orígenes. El diagnóstico tardío o post-mortem, a partir del que se ha desarrollado toda nuestra clasificación de las enfermedades y nuestro sistema de pensamiento clínico, se preocupa de las circunstancias que confluyen en las personas lo bastante enfermas como para ingresar en los hospitales docentes, organizados como museos de grandes procesos patológicos en su fase final¹¹⁸. Por otra parte, el diagnóstico precoz, preocupación principal de todos los profesionales de atención primaria, afecta a circunstancias divergentes en personas que aún no están enfermas, a la mayoría de las cuales esperamos mantener fuera de cualquier tipo de hospitales. Necesitamos un nuevo sistema de pensamiento, que reúna tanto el manejo de las enfermedades en sus fases terminales, que no van a desaparecer, pero tenga una perspectiva suficientemente amplia como para incluir sus comienzos más precoces, a menudo en momentos mucho más tempranos de la vida, en los que el futuro es mucho menos predecible, ampliando las posibilidades, en lugar de estrechar las probabilidades.

Esta nueva pauta de pensamiento ya ha unido entre sí a enfermedades hasta ahora separadas en su etapa final en distintas categorías convirtién-

dolas en enfermedades potenciales, próximas en sus orígenes causales, lo que resulta mucho más útil. Por ejemplo, la mayor parte de los casos de obesidad central, hipertensión, diabetes tipo II y enfermedad coronaria y de otras arterias importantes, pueden reunirse en la categoría única de resistencia a la insulina (síndrome metabólico)¹¹⁹, más fácil de comprender y de modificar como un problema de salud con varias etapas que como varias enfermedades cualitativamente diferentes¹²⁰. La mayoría de los profesionales que trabajan en atención primaria todavía asumen que toda innovación científica viene de los hospitales, pero los especialistas hospitalarios puede que encuentren más difícil reunificar sus especialidades de la forma en que estos hechos sugieren que han de hacerlo. Pocos médicos de atención primaria han reconocido todavía esta nueva actitud como más efectiva y eficiente para organizar la atención preventiva que las consultas monográficas separadas, aunque tal cosa haya sido evidente hace tiempo para los investigadores¹²¹. Si la atención primaria puede escapar de su actual estricta gestión de tipo industrial, ciertamente se dará esta evolución.

CASCADAS DE INFORTUNIO

En los años sesenta, pocas personas de países desarrollados morían jóvenes de enfermedades infecciosas. Las infecciones fueron reemplazadas por las lesiones traumáticas, los cánceres, las enfermedades autoinmunes y las degenerativas del cerebro y del sistema vascular como causas principales de muerte prematura. Ninguna de ellas se parecía a esas invasiones de parásitos, aunque ésta era todavía la manera en que la mayoría de la gente había aprendido a pensar a propósito de las enfermedades. Eran más bien una especie de revoluciones internas¹²². Con un arma apropiada, dirigida correctamente por un diagnóstico correcto, los médicos podían “matar” las neumonías o las meningitis con una rápida salva de disparos en unos pocos días, con poco riesgo de hacer daño a sus enfermos y con poca necesidad y pocas oportunidades de conocerlos antes de que volvieran a sus vidas anónimas. Estas “revoluciones internas” eran

diferentes; eran inseparables de las vidas de los pacientes y requerían con frecuencia supervisión y observación durante toda la vida e inversiones substanciales en tiempo de dedicación de los profesionales, para enseñar a los enfermos a comprender sus enfermedades, de modo que pudieran participar inteligentemente en la observación y la modificación del curso de sus procesos ¹²³. Está demostrado mediante la investigación que invertir en este entendimiento compartido incrementa mucho la productividad y la mejoría en salud ¹²⁴.

Ya hemos visto en el capítulo 2 que los problemas múltiples son más frecuentes que los únicos. La desgracia lleva incluido su propio multiplicador. Se trata realmente de una maldita cosa tras otra, una cascada de desgracias, tanto sociales como médicas, que se empujan atropelladamente entre sí y acarrear nuevos problemas hacia una creciente y finalmente irresistible catástrofe. No hay ningún misterio respecto a las diferencias en morbilidad y mortalidad entre las clases sociales, que aumentan en cada fase del desarrollo humano a lo largo de la vida ¹²⁵. Cualquier trabajador experimentado en atención primaria sanitaria o en cuidados sociales conoce familias tan abrumadas por múltiples problemas que, a su vez, se multiplican, que tienen como meta más elevada simplemente sobrevivir cada día hasta el siguiente. Se trata de un grupo minoritario cuya composición varía, que plantea una de las pruebas más difíciles a las que se enfrenta cualquier servicio de atención universal, pero que, en lo posible, ignora el mercado de la asistencia.

Este proceso en cascada significa una enormidad para la economía de la sanidad. Las intervenciones precoces que requieren poca destreza técnica, pero mucho tiempo y mucha experiencia y análisis social reflexivos, pueden ser mucho más eficientes que las actuaciones tardías, en las que se emplea tecnología y habilidades complejas, cuando se presentan las situaciones críticas ¹²⁶. Una y otra vez todavía, los servicios de atención aguda, privados de recursos, se ven obligados a substraérselos a los presupuestos de atención preventiva, para poder mantener la atención en los momentos de crisis y evitar los escándalos públicos que airean los perio-

distas y la ira de los políticos cuyo poder depende de las elecciones. Nadie con los pies en la tierra puede justificar el escatimar la atención en un momento de crisis porque las actividades preventivas para los que no están aún en situación crítica puedan ser más eficientes, pero la atención en las situaciones críticas es nuestra realidad cotidiana en la mayoría de los servicios públicos, tanto sociales como médicos. Cuando los servicios están globalmente financiados de manera insuficiente, como lo estuvieron en el Reino Unido durante al menos las últimas tres décadas del siglo XX, la atención preventiva a las gentes que no están todavía seriamente enfermas se ve empujada a una competencia desigual con el salvamento heroico en las situaciones terminales y pierde siempre.

HISTORIAS MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA¹²⁷

Las historias clínicas proporcionan la mayor parte de los datos de que disponemos para medir la calidad de las decisiones con las que se inician los procesos dentro de la “caja negra”. Proporcionan los vínculos materiales susceptibles de verificarse, entre los episodios clínicos, entre los diferentes profesionales de una unidad aislada, entre diversas unidades en el sistema de derivaciones, entre el NHS y otras organizaciones sociales y entre éste y el conjunto de la población a la que presta servicio¹²⁸. La mayor parte de los errores y de las faltas de eficiencia surgen en estos puntos de tránsito, no en el cumplimiento de las tareas clínicas que los mismos conectan entre sí.

La mayor parte de los profesionales, incluso hoy en día, más que amar, tolera las historias clínicas. Éstas proporcionan constancia verificable relativa a las decisiones que, a menudo, están tan desdibujadas por la duda y la incertidumbre que algunos errores resultan inevitables. Este hecho lo ignoran frecuentemente los gestores, los abogados y los periodistas. Para muchos miembros de las plantillas del NHS muchos de los datos que se usan de hecho para tomar importantes decisiones parecen más seguros en sus cabezas que cuando se escriben o se meten en un ordenador. Ven las historias como una prueba que la administración utiliza

para aplicar castigos u otorgar premios, más que como sus propias e indispensables ayudas para llevar a cabo un trabajo efectivo y autocrítico como trabajadores independientes creativos.

Para la atención primaria de los obreros industriales y sus familias, las historias clínicas casi no existían antes del NHS y sólo contenían listas de medicinas recetadas y certificados de incapacidad expedidos con, en el mejor de los casos, una superficial etiqueta diagnóstica. Rara vez contenían algo sobre los argumentos en que supuestamente se fundamentaban esos diagnósticos. Aunque la mayor parte de los médicos generales conocían muy bien a sus enfermos, llevaban las vidas y las historias de los mismos en sus cabezas, inevitablemente de manera enormemente simplificada y estereotipada, como caricaturas de sus vidas reales ¹²⁹. En casi todos los casos, los únicos elementos de estas historias que contenían alguna base fundamentada utilizable eran las cartas remitidas desde los hospitales por parte de los especialistas, por lo general metidas en el sobre de la historia clínica sin ningún orden de fechas y que rara vez se consultaban. Estas cartas eran a menudo útiles, porque la mayoría de los especialistas consultores las escribían inicialmente como resúmenes sucintos de los casos, para su propio uso, de modo que la información al médico general era un subproducto. Era importante para los miembros de la plantilla del hospital que, en algún lugar de la historia del enfermo, hubiese un resumen que diera algún sentido a lo que parecía que estaba pasando. Si en algún lugar podía encontrarse esto, era en esas cartas.

Cuando se evalúan a nivel internacional diversos sistemas de atención sanitaria, la calidad de las historias de atención primaria es un buen indicador de la madurez del sistema en su conjunto. Poco a poco y de manera errática, empiezan a aparecer en unos pocos centros del Reino Unido en los años sesenta historias clínicas de los médicos generales que merecen la pena leerse, para hacerse algo habitual en los setenta y universalizarse en los ochenta. En el momento actual, más del 90% de los médicos generales del NHS utilizan historias informatizadas, guardadas en el ordenador, para por lo menos algunos aspectos de la atención a los pacientes y,

desde 2004, los contratos de los médicos generales hacen que sea virtualmente imposible trabajar sin ellos. A mediados de 2004, más de la mitad de los centros de atención primaria del Reino Unido o bien usaban historias informatizadas como únicas historias, o estaban próximos a hacerlo de ese modo y el 80% esperaba alcanzar esa situación en 2006¹³⁰.

Ahora se manejan planes para que todos los enfermos del Reino Unido tengan acceso directo a sus historias de atención primaria en la red¹³¹, y hay evidencia de que existe una importante demanda popular a que cada enfermo tenga derecho introducir sus datos personales en ellas¹³². Un porcentaje pequeño, pero creciente de centros de atención primaria con historias totalmente informatizadas tiene vínculos directos con los departamentos de diagnóstico y de consultas externas de sus hospitales locales

El factor que limita el ritmo de desarrollo de una historia clínica unificada en el NHS, utilizable a cualquier nivel, es el estado todavía primitivo en términos generales y descoordinado de las historias hospitalarias, si se las compara con las de los médicos generales. Los datos hospitalarios están informatizados en una proporción mucho menor y la historia única del NHS, utilizable a todos los niveles del servicio, continúa siendo una promesa que, con suerte, tardará posiblemente diez años en cumplirse, aunque todavía estamos pagando promesas similares que se han hecho de manera periódica, con costes colosales, desde 1970 y que aún no se han cumplido¹³³.

Se han ofrecido varias explicaciones para el atraso de la informatización hospitalaria respecto a la de la atención primaria en el Reino Unido, tales como el hecho de que los enfermos que se derivan a los especialistas tienden a tener rompecabezas clínicos más complejos, que encajan con dificultad en las capacidades todavía primitivas de los programas de ordenador que dependen esencialmente de sistemas obsoletos de etiquetado de enfermedades¹³⁴. Un problema más fundamental es que, para desarrollar un sistema viable, los programadores tienen que entender a qué procesos van a prestar servicio sus programas, en términos biológicos, sociales y económicos. Es más fácil ponerse de acuerdo sobre estos propósitos

y definirlos en la atención primaria general que en la hospitalaria. La atención primaria no está dividida entre feudos especializados rivales y, en gran manera gracias al Real Colegio de Médicos Generales (RCMG), se ha desarrollado un programa de enseñanza de posgrado unificado con una filosofía coherente a lo largo de los últimos cincuenta años. No se puede decir lo mismo de los médicos, los cirujanos, los obstetras, los anesthesiólogos y los diferentes especialistas en métodos diagnósticos hospitalarios que, todos juntos, constituyen las plantillas médicas hospitalarias, o sus respectivos Reales Colegios. En ausencia de un liderazgo claro de los clínicos, el desarrollo de un sistema informatizado en los hospitales ha dependido de los gestores, pocos de los cuales tienen en la actualidad conocimientos básicos de asistencia sanitaria. Sus objetivos principales han sido naturalmente satisfacer las demandas, más importantes para ellos, de gestión y de gobierno, para controlar las listas de espera, la ocupación de las camas y la distribución de las plantillas, mucho más que para ayudar a los clínicos a que trabajen con mayor efectividad ¹³⁵. Por supuesto, estas medidas de proceso son importantes, pero deben derivarse de las actuaciones clínicas, en lugar de conducir a ellas.

Ya me he referido en el capítulo 1 a la función de “Elección y contratación” que se ha incluido en el nuevo sistema informático (Programa Nacional para la Tecnología de la Información: PNTI) que se está desarrollando en la actualidad para Inglaterra con un coste final estimado en estos momentos de treinta mil millones de libras (unos cuarenta y dos mil millones de euros), pero que, entre los expertos en este campo, se rumorea que será de más de sesenta mil millones de libras (ochenta y cuatro mil millones de euros). Parece difícil de creer, pero este sistema se está desarrollando sin tener en cuenta ninguno de los sistemas informáticos que ya están en uso por parte de casi todos los equipos de atención primaria hace muchos años, lo bastante como para haber acumulado una gran cantidad de experiencia sobre sus posibilidades, limitaciones y dificultades. El plan parece ser que, cuando este programa se complete, si es que lo hace, este producto de la teoría sin la práctica desplazará a los sistemas informáticos que ahora funcionan en atención primaria ¹³⁶. Tanto los especia-

listas hospitalarios como los políticos parecen asumir todavía que toda innovación que valga la pena viene del sistema hospitalario, aunque las políticas del gobierno que estimulan el consumismo se hayan presentado como “Un NHS pilotado por la atención primaria”. Para cualquiera que esté familiarizado con el hecho de cómo las vías de derivación aumentan y las de alta desde la atención especializada disminuyen, es obvio que el camino para evitar otro desastre informático enormemente costoso sería construir sobre lo que ya existe en atención primaria, extenderlo hacia arriba a la atención hospitalaria y, a partir de eso, crear un sistema verdaderamente integrado. Tal sistema no tendría por qué incluir funciones de comercio que nadie, excepto el grupo de presión del sector privado, ha pedido. Aunque hay todavía varios sistemas informáticos que compiten entre sí en lo que a la atención primaria se refiere, todos ellos son capaces de intercambiar datos y hay ya un sistema único que usa casi la mitad de los equipos. Hay un peligro real de que, en Inglaterra, cuando el gobierno empiece a reconocer estos problemas, ya se haya invertido demasiado, como para poder dar marcha atrás de manera digna. Aquí hay una oportunidad real para que los gobiernos que se han vuelto a poner en marcha en Gales y Escocia, que hasta ahora han seguido el proyecto de sistema informático de Inglaterra, tomen la iniciativa y desarrollen programas racionales a partir de lo que ya de hecho hay, con la gente de la que realmente disponen.

Los ordenadores llevan a cabo en milésimas de segundo pesadas rutinas que antes suponían años de trabajo humano. Establecen redes coordinadas locales, nacionales e internacionales que permiten disponer de comunicaciones en sentido ascendente, horizontal y descendente que anteriormente eran incluso difíciles de imaginar. Paradójicamente, algunas de sus ventajas principales se derivan de su inhumanidad. Poco después de que se introdujeran, los pioneros imaginativos descubrieron su valor para reunir los conocimientos humanos sin hacer juicios de valor, de modo que los enfermos podían contarles sus vidas reales sin el azoramiento de hacerlo ante un ser humano que escucha. Tras una búsqueda inicial informatizada de problemas que suelen mantenerse ocultos, como

la dependencia alcohólica o el abuso entre géneros, la evidencia que se obtuvo pudo proporcionar las bases para una evaluación humana más realista, de manera conjunta, para que los profesionales sanitarios lograsen tener mejores opiniones ¹³⁷. La despiadada lógica de la informática y su asimilación de datos de forma estadística revela la verdad y hace que la decepción sea fácilmente detectable.

Sin embargo, con estas poderosas virtudes vienen nuevas fuentes de error. De forma más evidente, los médicos que pasan más tiempo dedicados a sus ordenadores que escuchando a sus pacientes y que colocan las pantallas del ordenador de tal manera que los enfermos sólo pueden adivinar de qué va la cosa, pueden deshumanizar las consultas y ajustarlas a programas aún más limitados y menos imaginativos ¹³⁸. Este aspecto se aborda generalmente bien en la formación de pregrado y han surgido claras normas de fondo que pueden humanizar su uso en las consultas ¹³⁹. El uso de listados para consultar como marco tanto para la asistencia como para las recompensas y sanciones que requiere la gestión es una tendencia creciente y peligrosa, estrechamente vinculada a la informática, que amenaza una vez más con substituir al razonamiento por el ritual, una degradación de la Medicina que ha sucedido repetidas veces a lo largo de su historia.

Para diseñar un programa informático viable que se ocupe de las decisiones humanas es esencial empezar por un modelo válido de cómo se llega a ellas en el contexto del mejor de los ejercicios profesionales posibles. Raramente se plantean problemas filosóficos fundamentales a propósito de la naturaleza de la información clínica. Los ejemplos que hemos citado en éste y en anteriores capítulos muestran que las actividades diagnósticas y terapéuticas del momento actual están a menudo más próximas al caos que a la claridad, pero, por lo menos, el caos puede proporcionar flexibilidad, posibilidad de elección y rostro humano. Una vez encerrado el caos en la lógica de un programa de ordenador, tales cualidades pueden desaparecer. Los ordenadores encorsetan a sus usuarios en los modelos teóricos sobre los que se han basado sus programas. Esto ofrece oportuni-

dades apasionantes para lograr avances planeados racionalmente, pero también posibilidades peligrosas para que se impongan errores básicos y los mismos se incorporen a las bases del conjunto de los sistemas sanitarios y dicten sus modos de decisión.

Está claro que necesitamos un único lenguaje informático nacional y eventualmente internacional en el que puedan expresarse los conocimientos que se usan en la ciencia médica. Este lenguaje único tiene necesariamente que incorporar supuestos sobre la naturaleza de los conocimientos fundamentados que describe. En el más amplio sentido, la biología humana debe incluir la sociología porque somos animales sociales. Los conocimientos con fundamento que emplea la ciencia médica no son un montón creciente y potencialmente ilimitado de hechos independientes, sino la historia de una especie extraordinariamente compleja, que se la cuenta a sí misma para su propio uso con objeto de construir su propia historia futura más humana que la del pasado. Es concebible, aunque eventualmente improbable, que el futuro previsible pueda verse aún encorsetado por los requerimientos del comercio de bienes de consumo, pero la ciencia médica no puede aceptar en ninguna circunstancia que este lenguaje universal incorpore este supuesto y niegue otras alternativas. Si hacemos que sea de este modo, podríamos cerrar la puerta a la rivalidad entre la reciente, y es de esperar que efímera, filosofía de que la asistencia sanitaria es una transacción comercial y nuestra filosofía antigua, pero evolucionada, de que dicha asistencia es una expresión de la solidaridad humana.

CONFIDENCIALIDAD

Las cuatro naciones que forman el Reino Unido están tratando en la actualidad de desarrollar a nivel regional historias en la red intercambiables a todos los niveles del NHS. Las costosas experiencias del pasado sugieren que tendremos sistemas viables más bien tarde que pronto, pero contemplar esta posibilidad a diez años vista es probablemente factible, dado el deseo político mantenido de superar intereses sectoriales. Es

obvio que estos sistemas tienen que ser accesibles a todos los miembros de las plantillas que empleen datos de los mismos y les añadan datos pero, con historias electrónicas, es fácil duplicarlas. Aunque sea menos obvio, lo que en ellos entre y de ellos salga debe ser accesible a los propios enfermos. La actual política en Gales se limita a las historias que están diseñadas en torno a las historias vitales de los pacientes y son por lo tanto legibles y comprensibles para ellos y sus familias. Por supuesto, incluyen algunos datos no fácilmente inteligibles para los enfermos ni incluso para los trabajadores no especializados, pero estos datos serán accesorios al núcleo central de las historias vitales. Las consecuencias para los presupuestos actuales relativos a la confidencialidad y la ética, a menudo lejanos de la experiencia real de optar necesariamente entre varios males, no entre el mal y el bien, serán devastadoras.

Desde la invasión del NHS por parte de dispensadores comerciales de atención sanitaria, la confidencialidad ha dado entrada a nuevas dimensiones, hasta la fecha virtualmente ignoradas en la discusión pública. En atención primaria, el NHS ya tiene listas de ordenador de personas clasificadas por sus problemas de salud, a menudo inseparables de sus problemas sociales, junto con sus nombres, direcciones, números de teléfono y direcciones de correo electrónico. Invitar a los dispensadores comerciales a que compartan los datos de estas personas con los servicios públicos sin ánimo de lucro, en una historia clínica electrónica única universal del NHS, limitada sólo por meras promesas de ignorar su enorme potencial de seleccionar grupos de consumidores definidos con precisión, no es en absoluto creíble. Una compañía especializada en la atención continuada de la diabetes, por ejemplo, esperará naturalmente tener acceso a las listas de gente con ese problema. A partir de aquí sólo hay que dar un paso pequeño y lógico para identificar a los subgrupos con insuficiencia renal, alteraciones retinianas o disfunción eréctil. ¿Dónde vamos a poner la frontera entre informar a los potenciales consumidores y promocionar a una compañía que compita o sus productos? En ese caso, sólo la ética de los negocios defenderá la confidencialidad, es decir, que no la defenderá absolutamente nadie.

Aparte de estas amenazas a la confidencialidad por parte de las entidades comerciales, a partir de un enfoque abierto y honrado de las historias clínicas grabadas pueden surgir, en cualquier caso, serios problemas personales: por ejemplo, antecedentes personales de embarazos interrumpidos, violencia doméstica, enfermedades transmitidas por vía sexual o enfermedades serias sospechadas pero no confirmadas, datos todos ellos que han de registrarse, pero pueden plantear problemas importantes al compartir esta información en el seno de las familias, aunque compartirla sea inevitable¹⁴⁰. Estos problemas pueden obviarse siempre y cuando se admita que una cultura innovadora debe seguir a un ejercicio profesional innovador, aprendiendo unos de otros como se hacía en el pasado. El punto más importante es que sean los mismos enfermos quienes empiecen a conservar sus historias y tengan acceso a su información de una manera escalonada que reconozca y respete estas dificultades iniciales yendo hacia una sociedad más abierta, tolerante y confiada.

Sólo historias de este tipo pueden proporcionar evidencia material de que la participación de los enfermos en la creación de salud ha pasado de ser algo retórico a ser una realidad. Por fortuna, estos sistemas tardarán algunos años en evolucionar, y nos dará tiempo a asegurarnos que son flexibles, adaptados a que los aprendamos sobre la marcha. Siempre y cuando el NHS siga siendo accesible a todos los ciudadanos, esos sistemas electrónicos de historias clínicas hagan posible que los pacientes introduzcan sus datos y no continúe la fragmentación del NHS hasta el punto de que ya no haya poblaciones definidas cubiertas por cada uno de los centros y las auditorias de los logros totales, usando como denominador la población, no se conviertan en irrealizables, estas historias informatizadas proporcionarán oportunidades para obtener datos de muchas maneras diferentes, longitudinalmente en el tiempo y lateralmente en las poblaciones. Los mencionados sistemas podrían proporcionar nuevas y poderosas herramientas para mejorar la atención individual a los pacientes, para controlar el rendimiento del sistema sanitario en su conjunto, para desarrollar investigación descriptiva a gran escala e incluso algunos tipos de investigación experimental, para definir de un nuevo modo las

actitudes ante la ciencia tanto de los profesionales como del público y para colocar las relaciones entre profesionales y enfermos en un nivel social cualitativamente más elevado. El desarrollo de sistemas nacionales en este sentido proporcionaría información contrastada de la efectividad y la eficacia relativas de los servicios nacionales planificados y socialmente universales comparados con los que se hayan desintegrado para convertirlos en mercados de bienes de consumo.

¿SON LAS “CAJAS NEGRAS” DESHUMANIZADORAS O HUMANAS?

Este capítulo ha proporcionado unos cuantos ejemplos de lo que sucede en ciertos puntos de decisión importantes dentro de la “caja negra” del NHS. Se eligieron para ilustrar las formas en las que difieren fundamentalmente de lo que sucede en puntos de producción típicos en las “cajas negras” de la producción industrial de bienes de consumo, que se conciben para eliminar las decisiones humanas y que en gran manera han tenido éxito en ese campo.

¿Y qué pasa con la “caja negra” del NHS? También usa máquinas, pero es difícil encontrar alguna que sustituya en lugar de incrementar y extender el trabajo humano y la decisión humana. Incluso la informática, que ha elevado la productividad en su propio campo en varios órdenes de magnitud, no ha desplazado ningún trabajo que yo pueda imaginar, todo lo que ha hecho es crear tareas (sin duda, verdaderamente revolucionarias) que eran antes inimaginables. Los electrocardiógrafos (ECG) ¹⁴¹, analizan ahora sus propios resultados, de una manera mucho más precisa y fiable de lo que eran capaces de hacer la mayoría de los médicos no especialistas anteriormente. Ningún médico se ha quedado sin trabajo por esto, simplemente tienen más tiempo para hacer otras tareas que requieren más sensibilidad e imaginación. Lo mismo puede decirse de las intervenciones quirúrgicas que, desde la llegada de la endoscopia flexible, la televisión con circuito cerrado y las técnicas mínimamente invasivas está acabando por depender por completo de las tecnologías avanzadas. Lejos

de desplazar a la labor humana, esta cirugía requiere un número sin cesar creciente de miembros de plantilla con habilidades sumamente especializadas, que trabajen con unos niveles de calidad mucho más altos. Para el tipo de decisiones compartidas que se han puesto como ejemplos en este capítulo, la informática puede hacer una nueva contribución enorme, sin duda sin ella la producción compartida de beneficios en salud sería probablemente imposible, pero no hace nada para reducir la cantidad de trabajo humano que se necesita. Por el contrario, para usar la informática de forma inteligente y humana necesitamos mucha más gente, con más preparación, particularmente en habilidades humanas para prestar cuidados y comunicarse.

Nuestra “caja negra” del NHS es cualitativamente distinta y en importantes aspectos diametralmente opuesta a la de Henry Ford y las de los fabricantes de bienes de consumo para el mercado. Tiene que manejar incertidumbres biológicas y sociológicas enormemente complicadas, totalmente diferentes de las del mundo de la ingeniería. Incluso en los terrenos que parecen más mecánicos, por ejemplo, las prótesis de cadera, las aparentemente adecuadas metáforas de la ingeniería son ilusorias. La demanda de prótesis de cadera no puede depender sólo de la información objetiva que se obtiene mediante los rayos X o los TACs: un amplio estudio de población en Suecia puso de manifiesto que menos de la mitad de los pacientes ancianos con evidencia radiológica significativa de daño articular tenían alguna molestia¹⁴², mientras que otros estudios han mostrado que personas con dolor intenso tienen imágenes radiológicas normales. Para actuar adecuadamente con precisión en el tema de las prótesis de cadera hace falta una amplia cantidad de datos de los enfermos, evaluados cuidadosamente, entre ellos la valoración subjetiva del dolor, de la discapacidad, de las enfermedades asociadas y de su capacidad funcional social, así como una evaluación de la rotación de la articulación y las radiografías¹⁴³. Estos criterios se pueden cuantificar y normalizar, pero siempre dependen de una valoración cuidadosa, que tenga en cuenta lo que estiman los pacientes, así como las estimaciones inhumanas que hacen las máquinas. Cuando se aplican estos criterios a poblaciones en su

conjunto, revelan necesidades totales de prótesis un seis por ciento mayores que lo que proporciona el NHS, una diferencia importante, pero no infinita. Con voluntad política, podría eliminarse¹⁴⁴. Los que niegan esto parecen impulsados por su necesidad de encontrar situaciones imposibles que justifiquen sus “reformas”.

Pueden minusvalorar la importancia de la “caja negra” de Henry Ford para la producción industrial contemporánea, pero para quienes tienen todavía empleos en la fabricación de bienes de consumo o en los servicios sometidos al mercado, las “cajas negras” del “post-fordismo” se distinguen de sus predecesoras sólo en que deshumanizan la producción de esos bienes de consumo incluso más deprisa que antes. Las políticas de gestión derivadas de la producción industrial, aunque aplicadas de manera indirecta y modificada para poder aceptar al menos algo del verdadero trabajo clínico, han tenido éxito principalmente en el sentido de desmoralizar a los trabajadores y reprimir todo lo que no sean iniciativas comerciales. La evolución interna de la “caja negra” de nuestro NHS depende de que éste se haga más humano, produzca un trabajo más profundo, más imaginativo, que despierte más confianza, y con unas relaciones más estrechas y mantenidas entre los trabajadores y los enfermos, no inmerso en el ánimo de lucro, de modo que pueda aumentar la confianza mutua. Para desarrollar este nuevo modelo de producción creativa compartida tenemos que hacer mucho más que rechazar el modelo industrial, pero no podemos ni siquiera empezar, hasta que se dé este primer paso.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El sistema sanitario del NHS funciona, en los puntos de producción más críticos para lo que genera y para su eficiencia, de manera completamente diferente de las industrias que fabrican bienes de consumo.

El progreso en sanidad depende de que se haga que los profesionales sean productores escépticos de beneficios en salud, no vendedores de actividades sanitarias, y se convierta a los enfermos en coproductores

escépticos, en lugar de ser consumidores cínicos y crédulos en busca de gangas. La productividad en sanidad depende de decisiones complejas para problemas complejos, en los que están implicadas muchas variables inestables e impredecibles. Estas decisiones requieren métodos de producción que conllevan mucho trabajo, con unas relaciones entre profesionales y pacientes más profundas, que impliquen más confianza mutua y más continuadas. Aunque las máquinas puedan usarse cada vez más, deben subordinarse a las decisiones humanas, que no deben implicar premios ni sanciones. Conceder premios o sanciones tanto a los razonamientos de los profesionales como a los de los enfermos sólo puede generar un deterioro de la confianza y hace aún más difícil la adopción de las adecuadas decisiones.

Por el contrario, la producción industrial de bienes de consumo depende de un número cada vez menor de decisiones humanas y de una repetición cada vez mayor de acciones mecánicas estereotipadas, que pueden eliminar eventualmente por completo las decisiones humanas. Empieza por reducir a los trabajadores a meras máquinas y acaba por eliminarlos del proceso de producción. La producción industrial de bienes de consumo avanza hacia la supresión del pensamiento y el trabajo humanos, excepto en la fase de diseño.

Aplicadas a los sistemas sanitarios, las políticas de gestión derivadas de la fabricación industrial de bienes de consumo y de los sistemas de premios y castigos que se basan en ese modelo, son desmoralizadoras para las plantillas de trabajadores y para los enfermos y, en consecuencia, reducen la productividad. La sanidad requiere un bloque de teoría económica completamente diferente, del cual solamente empieza a estar claro un esbozo al que hasta la fecha han contribuido poco los economistas de la sanidad. El progreso y la productividad en este campo dependen de las nuevas relaciones entre el público, los pacientes y los profesionales sanitarios, basadas en niveles de confianza inalcanzables en el contexto de las transacciones comerciales. Los comienzos de todo esto existen pero no pueden desarrollarse rápidamente sin sacar la realidad económica de un NHS gratuito de la cultura de la economía dominante y del comercio.

NOTAS

¹ Por ejemplo: "... el fracaso del mercado para asegurar contra riesgos inciertos ha creado muchas instituciones sociales en las que se contradicen los principios en los que se funda el mercado. La profesión médica es tan sólo un ejemplo, aunque en muchos sentidos un ejemplo extremo. Todas las profesiones comparten algunas características similares. La importancia económica de las relaciones personales y especialmente de las familiares, aunque está disminuyendo, no es en absoluto trivial en la mayor parte de las economías avanzadas: se sustenta sobre relaciones no mercantiles que crean garantías de comportamiento que, si no existieran, soportarían una incertidumbre excesiva. Pueden darse muchos otros ejemplos. La lógica y las limitaciones del comportamiento competitivo ideal, en un contexto de incertidumbre, nos obliga a reconocer la incompleta realidad que nos proporciona el sistema impersonal de precios". Arrow KJ. "Uncertainty and the welfare economics of medical care". *American Economic Review* 1963; 53:941-73.

² La palabra "libre" tiene muchos significados contradictorios. Aquí quiero decir que los empresarios sean libres para comprar, vender e invertir, no que los enfermos no tengan que comprar la asistencia como si se tratase de un bien de consumo.

³ Trisha Greenhalgh nos ha aportado un ejemplo de una simpleza maravillosa de esto. Hablando a propósito de un artículo, valioso pero ortodoxo, sobre los factores relacionados con la obesidad en los niños, observó que, si bien los autores se habían acordado adecuadamente de hacer las oportunas correcciones estadísticas respecto a las deferencias de educación de las madres que, al igual que otros efectos de la clase social están estrechamente y causalmente asociados con la obesidad, habían omitido por completo este dato en su lista de actuaciones potenciales para prevenir o tratar la obesidad. Como esta autora certeramente señala, "las intervenciones destinadas a aumentar los conocimientos sobre salud de quienes dispensan la atención primaria tienen mucho más potencial [que las intervenciones clínicas] para conseguir una cohorte de escolares de la enseñanza primaria delgados". (Greenhalgh T. "Early life risk factors for obesity in childhood: the hand that rocks the cradle rules the world". *British Medical Journal* 2005;331:453). Este tipo de olvidos es típico.

⁴ Spence J. The need for understanding the individual as part of the training and function of doctors and nurses. In: *The Purpose and Practice of Medicine*. London: Oxford University Press, 1960:271-80.

⁵ Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association* 1997;277:1473-9.

⁶ En las páginas 13 y 14 hemos hablado de la vergonzosa historia del estado que evade su responsabilidad en la atención de los ancianos con enfermedades crónicas. En la época previa a estos cambios de orientación, la asistencia se situó por encima del nivel de la Ley de Ingreso en Residencias de los Pobres sólo en una minoría de unidades geriátricas pioneras (Rodgers JS, Gray JAM. "Long stay care for elderly people: its continuing evolution". *British Medical Journal* 1982;285:707-9). Most remained little better than in Charles Dickens' time (Townsend P. *The Last Refuge*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1962, y Townsend P. "The structured dependency of the elderly: a creation of social policy in the 20th century". *Ageing & Society* 1981;1:5-28). Se necesitaba una enorme inversión adicional para subvenir a las necesidades de una sociedad cada vez más

anciana (Acheson ED. "The impending crisis of old age: a challenge to ingenuity". *Lancet* 1982;ii:592-4). Sin ninguna consulta pública ni ningún tipo de mandato electoral, el consenso de los dirigentes resolvió este problema primero declarando que era insoluble (Jeffreys M. The over-eighties in Britain: the social construction of a panic. *Journal of Public Health Policy* 1983;4:367-72) y luego dándole la espalda y endosando la responsabilidad a las residencias privadas puestas en marcha para obtener beneficios. Mientras que se traicionaba el progreso saludable de la medicina geriátrica, en Estados Unidos nunca había ni siquiera existido (Carboni DK. "Geriatric medicine in the United States and Great Britain". Contributions to the Study of Ageing no.1. Westport Conn./Londres: Greenwood press 1982. pp.1-97).

⁷ Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. "The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality?" *British Journal of General Practice* 1996; 46:105-7.

⁸ En el análisis de la observación y seguimiento de los pacientes ingresados en hospitales en Australia se observó que el 16,6% de los ingresos estaban provocados por episodios agudos que se presentaban en el contexto de enfermedades crónicas ya establecidas y aproximadamente la mitad de los mismos se estimó que eran potencialmente evitables mediante el tratamiento programado en el contexto de la comunidad. Evitables, pero no evitados (*Medical Journal of Australia* 1999;170:411-5).

⁹ Oye RK, Bellamy PE. "Patterns of resource consumption in medical intensive care". *Chest* 1991;99:685-9.

¹⁰ Cook RI, Render M, Woods DD. "Gaps in the continuity of care and progress on patient safety". *British Medical Journal* 2000;320:791-4.

¹¹ Recientemente se ha publicado un ejemplo característico de lo que sucede cuando se fragmenta la asistencia entre diversos especialistas, sin que haya nadie responsable de la coordinación general de la misma y cada uno se preocupa sólo de su propio asunto. La asistencia a una anciana que padecía efectos tóxicos del litio que estaba tomando para una depresión se difuminó entre tres instituciones y la llevaron a cabo seis equipos sanitarios. Falleció de insuficiencia renal tratable. (Gannon C. "Will the lead clinician please stand up?" *British Medical Journal* 2005;330:737).

¹² Alrededor de una cuarta parte de los que se incorporan a la sanidad pública británica hoy en día tienen una substancial experiencia en atención primaria como médicos generales en formación, muchos de ellos son estudiantes con madurez que han modificado sus carreras. Representan una fuerza completamente nueva y refrescante en lo que se ha convertido en una especialidad peligrosamente estancada y complaciente.

¹³ Un colega local de mi época trataba siempre todas las enfermedades de la infancia agudas con antibióticos de amplio espectro, tuviera o no un diagnóstico preciso. Esta actitud indiscriminada podría haber evitado esta muerte. Por otra parte, la prevalencia en la comunidad de bacterias resistentes a los antibióticos, incluidos los estafilococos aureus meticilina resistentes, se relaciona estrecha y causalmente con las tasas de prescripción de antibióticos en atención primaria. La prevalencia en los hospitales es mucho más grande, principalmente porque en ellos se prescriben antibióticos de una manera mucho más masiva. La medicina de la perdigonada no es en absoluto la solución.

¹⁴ BC 41(3), de la página web DIPEX www.dipex.org, citada por Herxheimer A. "Gathering and assessing narrative evidence". Paper read at Conference on Integration of Narrative with Science in Medicine, London, 3 December 2003.

¹⁵ Departamento de Sanidad. "The National Survey of NHS Patients: general practice: 1998". www.doh.gov.uk/public/nhssurvey.htm.

¹⁶ Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, Wilson A. "Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context". *British Medical Journal* 2002;324:880-2.

¹⁷ Ridsdale L, Carruthers M, Morris R, Ridsdale J. "Study of the effect of time availability on the consultation". *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989;39:488-91.

¹⁸ Verby JE, Holden P, Davis RH. "Peer review of consultations in primary care: the use of audio-visual recordings". *British Medical Journal* 1979;1:1686-8.

¹⁹ Mechanic D. "How long should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care". *British Medical Journal* 2001;323:266-8.

²⁰ Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 1984;101:692-6. Cuando se repitió un estudio similar en 1998, el tiempo medio previo a la interrupción había subido a 22 segundos (Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Journal of the American Medical Association* 1999;281:283-7).

²¹ Hart JT. "Innovative consultation time as a common European currency". *European Journal of General Practice* 1995;1:34-7.

²² Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Oleson F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. "Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison". *Family Practice* 1999;16:4-11.

²³ Squires B, Learmonth I. "Empowerment of patients: fact or fiction". *British Medical Journal* 2003;326:710.

²⁴ Andersson S-O, Mattsson B. "Length of consultations in general practice in Sweden: views of doctors and patients". *Family Practice* 1989;6:130-4.

²⁵ Svab I, Katic M. "Let the patients speak. *Family Practice* 1991;8:182-3". Este estudio era tan sencillo y lo que mostraba resultaba tan contrario a la intuición para mayoría de los viejos profesionales sanitarios, que merece que se emplee de manera habitual como experiencia docente para los estudiantes, puesto que ilustra la mayor parte de las principales cualidades que se necesitan para llevar a cabo una investigación original en situaciones inesperadas.

²⁶ Cromarty I. "What do patients think about during their consultations? A qualitative study". *British*

Journal of General Practice 1996;46:525-8, y Pollock K, Grime J. "Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study". *British Medical Journal* 2002;325:687-90.

²⁷ Gottlieb B. "Non-organic disease in medical outpatients". *Update* 1969;5:917-22.

²⁸ Speckens AEM, van Hemert AM, Spinhoven P et al. "Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial". *British Medical Journal* 1995;311:1328-32.

²⁹Bridges KW, Goldberg DP. "Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care". *Journal of Psychosomatic Research* 1985;29:563-9, y Weich S, Lewis G, Donmall R, Mann A. "Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice". *British Journal of General Practice* 1995;45:143-7.

³⁰ Slater E. "Diagnosis of 'hysteria'". *British Medical Journal* 1965;1:1395-9.

³¹ Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. "Slater revisited: six year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms". *British Medical Journal* 1998;316:582-6.

³² Lloyd KR, Jenkins R, Mann A. "Long term outcome of patients with neurotic illness in general practice". *British Medical Journal* 1996;313:26-8; Moncrieff J, Kirsch I. "Efficacy of antidepressants in adults". *British Medical Journal* 2005;331:155-9.; Sims A, Prior P. "The pattern of mortality in severe neuroses". *British Journal of Psychiatry* 1978;133:299-305; Sims A. "Mortality in neurosis". *Lancet* 1973;ii:1072-5; Maricle RA, Hoffman WF, Bloom JD et al. "The prevalence and significance of medical illness among chronic mentally ill outpatients". *Community Mental Health Journal* 1987;23:81-90.

³³ Stewart-Brown S, Layte R. "Emotional health problems are the most important cause of disability in adults of working age: a study in the four Counties of the old Oxford Region". *Journal of Epidemiology & Community Health* 1997;51:672-5.

³⁴ Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. "Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study". *Archives of Internal Medicine* 2000;160:1761-8. No obstante esta demostración convincente de las consecuencias letales de la depresión, los metaanálisis de los ensayos controlados aleatorios muestran poca evidencia de que haya beneficios netos clínicamente significativos (no estadísticamente significativos) de los fármacos antidepressivos (Moncrieff J, Kirsch I. "Efficacy of antidepressants in adults". *British Medical Journal* 2005;331:155-9). No obstante la escasa evidencia, siguen representando un negocio farmacéutico internacional gigantesco.

³⁵ Esto no debe malinterpretarse en el sentido de que la gente puede hacer que cada parte de su cuerpo haga cualquier cosa que ellos quieren sencillamente pensando y deseándolo con suficiente fuerza, con una posibilidad mayor que la que hay de que el mundo pueda cambiarse porque se piense en ello y así se desee que sea.

³⁶ Kroenke K, Mangelsdorff D. "Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome". *American Journal of Medicine* 1989;86:262-6.

- ³⁷ Katon WJ, Walker EA. "Medically unexplained symptoms in primary care". *Journal of Clinical Psychiatry* 1998;59 (supl.20):15-21.
- ³⁸ Bosanquet N, Pollard S. "Ready for Treatment: popular expectations and the future of health care". Londres: Social Market Foundation, 1997:98-103.
- ³⁹ Fijten GH, Muris JWM, Starmans R *et al.* "The incidence and outcome of rectal bleeding in general practice". *Family Practice* 1993;10:283-7.
- ⁴⁰ Respecto a una valoración favorable para la intervención quirúrgica, véase: Crawford ED. "PSA testing: what is the use?" *Lancet* 2005;365:1447-9.
- ⁴¹ Ciatto S. "Reliability of PSA testing remains unclear". *British Medical Journal* 2003;327:750.
- ⁴² Punglia RS, D'Amico AV, Catalona WJ, Roehl KA, Kuntz KM. "Effect of verification bias on screening for prostate cancer by measurement of prostate-specific antigen". *New England Journal of Medicine* 2003;349:335-42.
- ⁴³ Lenzer J. "FDA's counsel accused of being too close to drug industry". *British Medical Journal* 2004;329:189.
- ⁴⁴ Creese A. "User fees". *British Medical Journal* 1997;315:202-3.
- ⁴⁵ Evans RG, Barer ML. "The American predicament. OECD Policy Studies No.7" *Health care systems in transition*. París: OECD 1990. págs.80-5.
- ⁴⁶ Moses S, Manji F, Bradley JE. "Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases in Kenya". *Lancet* 1992;340:463-6, y Editorial. "Charging for health services in the third world". *Lancet* 1992;340:458-9.
- ⁴⁷ de Sardan JPO. "Africa: no money, no treatment". *Le Monde Diplomatique* Junio 2004:15.
- ⁴⁸ Williams P, Tarnspolsky A, Hand D, Shepherd M. "Minor psychiatric morbidity and general practice consultation". *Psychological Medicine*, Monograph supplement Núm. 9, 1986.
- ⁴⁹ Corney RH. "A survey of professional help sought by patients for psychosocial problems". *British Journal of General Practice* 1990;40:365-8.
- ⁵⁰ Goldberg D, Williams P. "A users' guide to the General Health Questionnaire (GHQ)". Windsor: NFER-Nelson Publishing, 1988.
- ⁵¹ Barsky AJ. "Amplification, somatization, and the somatiform disorders". *Psychosomatics* 1992;33:28-34.
- ⁵² Starfield B, Wray C, Hess K *et al.* "The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care". *American Journal of Public Health* 1981;71:127-31. Aunque a los médicos les gusta imaginar que pueden predecir las decisiones de sus pacientes respecto a la atención que desean, tenemos una

evidencia muy buena de que no es así. Joel Ménard regentaba una excelente consulta de hipertensión en un hospital docente de París, en la que los miembros de la plantilla conocían bien a los pacientes y mantenía la continuidad asistencial. Determinadas mediciones objetivas sobre la asiduidad con la que los enfermos cumplían sus tratamientos demostraron que no había ninguna correlación entre el comportamiento que se había predicho y el que realmente tuvo lugar, ni ninguna asociación entre el comportamiento y la educación ni la clase social, aunque los médicos que estos podrían ser predictores poderosos (de Goulet P, Ménard J, Vu H-A *et al.* "Factors predictive of attendance at clinic and blood pressure control in hypertensive patients". *British Medical Journal* 1983;287:88-93). En Holanda se encontraron resultados similares al comparar las conductas predichas y las reales respecto a la capacidad de los enfermos para cambiar sus dietas, o sus hábitos de fumar o de hacer ejercicio (Verheijden MW, Bakx JC, Delemarre ICG, Wanders AJ, van Woudenberg NM, Bottema BJAM, van Weel C, van Staveren WA. "GPs' assessment of patients' readiness to change diet, activity and smoking". *British Journal of General Practice* 2005;55:452-7). En ambos casos, los investigadores llegaron a una conclusión sencilla: nadie sabe qué enfermos pueden hacer todo lo que se les permite que prueben a hacer, lo que significa que hay que preguntarles a todos y hay que escuchar todas sus respuestas

⁵³ Burack RC, Carpenter RR. "The predictive value of the presenting complaint". *Journal of Family Practice* 1983;16:749-54.

⁵⁴En un experimento clásico, ocho investigadores mentalmente sanos acudieron a doce hospitales psiquiátricos en cinco estados de los Estados Unidos contando, sin que fuera cierto, que habían oído voces. Por lo demás, se comportaron de manera normal. Convencer a los facultativos de que estaban sanos y podían abandonar el hospital les llevó entre 7 y 19 días. A todos menos uno se les diagnosticó de esquizofrénicos al ingresar. De 118 verdaderos pacientes que los investigadores mencionados encontraron en las salas de ingresos, en 35 pensaron que estaban sanos y estaban probablemente haciendo un experimento, pero los facultativos de plantilla no detectaron a ninguno de los falsos pacientes. A continuación, los investigadores advirtieron a sus compañeros de la plantilla de un hospital con docencia e investigación que negaban que tal cosa hubiese podido ocurrir en su centro, de que, a lo largo de los siguientes tres meses, se presentarían para ingresar uno o más pacientes ficticios de la misma manera. Aunque, de hecho, a ninguno se le propuso ingresar, a 41 de los 193 enfermos que acudieron a admisión se les etiquetó, de forma confidencial, de pacientes ficticios por al menos un miembro de la plantilla. (Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973;179:250-8).

⁵⁵ Pringle J. "Living with schizophrenia - by the relatives". *National Schizophrenia Fellowship* 1974.

⁵⁶ Editorial. "Dying with their rights on". *Lancet* 1989;ii:1492.

⁵⁷ Wing JK. "Epidemiology of schizophrenia". *Journal of the Royal Society of Medicine* 1987;80:134-5.

⁵⁸ El riesgo de padecer esquizofrenia a lo largo de la vida es de un 1% en todas las clases sociales, sin que la verdadera prevalencia esté relacionada con la clase social, pero por término medio, la edad del primer ingreso por esta enfermedad, de 28 años para la mayoría de los pacientes de clase acomodada es 8 años menos que para los enfermos pobres y oscila entre las dos cifras para los restantes. Dicho de otra manera, se cumple la "Ley de la Atención Inversa"

⁵⁹ Cuando se observa a los enfermos durante un periodo máximo de hasta quince años, tras un primer episodio de trastorno esquizofrénico, alrededor de un 25% se han recuperado por completo y no necesitan más tratamiento (Wiersma D *et al.* "Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort". *Schizophrenia Bulletin* 1998;24:75-85). Véase también Turner TH. "Long term outcome of treating schizophrenia: antipsychotics probably help – but we badly need more long term studies". *British Medical Journal* 2004;329:1058-9.

⁶⁰ Los importantes estudios del Consejo de Investigación Médica (MRC) en Northwick Park demostraron esto. (Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF. "The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission". *British Journal of Psychiatry* 1986;148:115-20, Crow TJ, MacMillan JF, Johnson AL, Johnstone EC. "The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. II. A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment". *British Journal of Psychiatry* 1986;148:120-7, MacMillan JF, Crow TJ, Johnson AL, Johnstone EC. "The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. III. Short-term outcome in trial entrants and trial eligible patients". *British Journal of Psychiatry* 1986;148:128-33, y MacMillan JF, Gold A, Crow TJ, Johnson AL, Johnstone EC. "The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. IV. Expressed emotion and relapse". *British Journal of Psychiatry* 1986;148:133-43).

⁶¹ "Psychosocial interventions for schizophrenia". *Effective Health Care* Agosto 2000.

⁶² Rollin H. "In my own time: schizophrenia". *British Medical Journal* 1979;1:1773-5.

⁶³ Bagley C. "There is nothing postmodern in what people with schizophrenia want". *British Medical Journal* 2001;323:449-50.

⁶⁴ Timimi S. *Pathological child psychiatry and the medicalisation of childhood*. Hove: Brunner-Routledge, 2002.

⁶⁵ Medawar C. *Power and dependence: social audit on the safety of medicines*. London: Social Audit 1992.

⁶⁶ Taylor E, Sandberg S, Thorley C, Giles S. *The Epidemiology of Childhood Hyperactivity*. Oxford: Oxford University Press, 1991:93-113.

⁶⁷ Los criterios consensuados para establecer un diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención (THDA en Español o ADHD en Inglés) en Estados Unidos son los siguientes: seis o más episodios de comportamiento carente de atención a lo largo de nueve periodos frecuentes de observación del comportamiento y seis o más episodios de comportamiento hiperactivo o impulsivo a lo largo de nueve periodos frecuentes de observación del comportamiento. Alguno de estos episodios tiene que haberse presentado antes de los siete años de edad y alguno de ellos tiene que haber producido deterioro en dos o más entornos (por ejemplo, en casa, en la escuela o en el trabajo). Deben proporcionar evidencia clara de deterioro de la actividad social, académica o laboral, con importancia clínica y tiene que no poderse atribuir a cualquier otro trastorno mental. (American Psychiatric Association's *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994). Partiendo de estos generosos criterios, incluso las tasas de prevalencia en los Estados Unidos parecen sorprendentemente bajas.

- ⁶⁸ Jick H, Kaye JA, Black C. "Incidence and prevalence of drug-treated attention deficit disorder among boys in the UK". *British Journal of General Practice* 2004;54:345-7.
- ⁶⁹ "Stimulant drugs for severe hyperactivity in childhood". *Drug & Therapeutics Bulletin* 2001;39:52-4.
- ⁷⁰ Kewley GD. "Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain". *British Medical Journal* 1998;316:1594-6.
- ⁷¹ Roberts J. "Behavioural disorders are overdiagnosed in the US". *British Medical Journal* 1996;312:657.
- ⁷² Levine MD, Oberklaid F. "Hyperactivity: symptom complex or complex symptom?". *American Journal of Diseases in Childhood* 1980;134:409-14.
- ⁷³ Guevara JP, Stein MT. "Evidence based management of attention deficit hyperactivity disorder". *British Medical Journal* 2001;323:1232-5. David Coghill and Harvey Markovitch presentaron argumentos a favor y en contra, respectivamente en *British Medical Journal* 2004;329:907-9.
- ⁷⁴ Mayor S. "Warning against overuse of drugs for inattentive children". *British Medical Journal* 1996;313:770.
- ⁷⁵ "Drug company breaks 30 year agreement on patient advertising". *British Medical Journal* 2001;323:470.
- ⁷⁶ *British Medical Journal* 2003;326:67.
- ⁷⁷ Timimi S. "Effect of globalisation on children's mental health". *British Medical Journal* 2005;331:37-9.
- ⁷⁸ Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. "Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients". *British Medical Journal* 1975; ii:486-9, y Peterson MC, Holbrook JH, Hales DV *et al.* "Contributions of the history, of physical examination, and of laboratory investigation in making medical diagnosis". *Western Journal of Medicine* 1992;156:163-5.
- ⁷⁹ Para que el ejercicio médico se ajuste al método científico, el diagnóstico debe realizarse siguiendo un proceso hipotético-deductivo en el que se establecen sucesivas hipótesis que valida o refuta el ulterior análisis. Tenemos bastantes demostraciones de que este camino se sigue raramente en la práctica; la mayoría de los clínicos en la mayor parte de las ocasiones, se fían del hecho de reconocer cuadros clínicos con los que están familiarizados por su experiencia anterior. También sabemos con certeza que los errores más importantes surgen por esta actitud de tratar de reconocer patrones clínicos en lugar de usar el método hipotético-deductivo. El progreso depende en parte de que evolucionemos, en términos generales, hacia unas formas de pensamiento más científicas, tanto los profesionales como los enfermos.
- ⁸⁰ Frank JD. "The placebo is psychotherapy". *The Behavioral & Brain Sciences* 1983;6:291-2. La

palabra “placebo” es, por lo general, inapropiada, porque implica la intención de engañar (del latín “Placebo” = “yo complazco”). Sería mejor decir “efectos de los cuidados”, pues lo que principalmente actúa parece ser que es la creencia del enfermo de que, al menos, ha encontrado a alguien competente y dispuesto a ayudarlo (Hart JT, Dieppe P. “Caring effects”. *Lancet* 1996;347:1606-8). Para valorar los verdaderos efectos, bien sea del placebo o de la atención profesional, hace falta compararlos no sólo con los de los tratamientos activos, sino con éstos y con los de no dar ningún tipo de tratamiento. Esta comparación se ha llevado a cabo y ha demostrado que las pastillas de placebo prácticamente no tienen ningún efecto independiente, que el ingrediente importante no son las pastillas, sino la persona que las da (Hrobjartsson A, Gotzsche PC. “Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment”. *New England Journal of Medicine* 2001;344:1594-602). Los ambientes de mayor o menor apoyo psicológico en los que se dispensan los tratamientos influyen en su eficacia. Por ejemplo, parece que ver un panorama de árboles por la ventana acelera la recuperación de una operación (Ulrich RS. “View through a window may influence recovery from surgery”. *Science* 1984;224:420-1). Parece que estos efectos del ambiente son generales (Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. “Influence of context effects on health outcomes: a systematic review”. *Lancet* 2001;357:757-62). Puede que todo esto no sea sorprendente, pero hay que tenerlo en cuenta para proyectar los edificios del NHS. La mayoría de los centros de atención primaria en Gran Bretaña se siguen pareciendo a nuestras escuelas, baratas y destaraladas.

⁸¹ De Gruy F, Columbia L, Dickinson P. “Somatisation disorder in a family practice”. *Journal of Family Practice* 1987;25:45-51.

⁸² Fink P. “Surgery and medical treatment in persistent somatising patients”. *Journal of Psychosomatic Research* 1992;36:439-47, y Escobar JL, Golding JM, Hough RL et al. “Somatisation in the community: relationship to disability and use of services”. *American Journal of Public Health* 1987;77:837-40.

⁸³ Davies N. “The most secret crime”. *The Guardian* Junio 2 1998.

⁸⁴ Portegijs PJM, Jeuken FMH, van der Horst F, Kraan HF, Knottnerus JA. “A troubled youth: relations with somatization, depression and anxiety in adulthood”. *Family Practice* 1996;13:1-11.

⁸⁵ Hooper PD. “Psychological sequelae of sexual abuse in childhood”. *British Journal of General Practice* 1990;40:29-31.

⁸⁶ Richardson J, Feder G. “Domestic violence against women”. *British Medical Journal* 1995;311:964-5.

⁸⁷ Katon W, Kleinman A, Rosen G. “Depression and somatization: a review. Part 1”. *American Journal of Medicine* 1982;72:127-35.

⁸⁸ Dunea G. “Nonsenserine”. *British Medical Journal* 1991;303:253.

⁸⁹ Howe A. “ ‘I know what to do, but it’s not possible to do it’ – general practitioners’ perceptions of their ability to detect psychological distress”. *Family Practice* 1996;13:127-32.

⁹⁰ Angela Coulter y sus colaboradores observaron la secuencia completa de hechos a partir de la decisión por parte de las enfermas, pasando por la derivación por parte de los médicos generales, hasta que se decidió practicar la histerectomía a causa de unas pérdidas menstruales excesivas

(Coulter A, Klassen A, McPherson K. "How many hysterectomies should purchasers buy?" *European Journal of Public Health* 1995;5:123-9.). Observaron que la mayor parte de las decisiones críticas no las tomaban los especialistas, sino que se adoptaban a nivel de atención primaria. Cuando se mandaba a las enfermas al circuito del hospital, pocas se libraban de la operación. Las opciones más importantes las adoptaban los médicos generales, a veces con participación de las enfermas, las más de las veces sin dicha participación, en especial en el caso de las mujeres de clase trabajadora. Por lo tanto, la calidad de la atención primaria acababa siendo el determinante principal de la eficiencia quirúrgica, y esa calidad dependía principalmente de cuánto se tomaban en consideración los antecedentes de la salud general de las pacientes, sin recurrir a mandarlas operar apresuradamente para ahorrar tiempo de consulta y para asegurarse de que las enfermas se quedasen contentas porque se estaba haciendo con ellas algo sustancial. Las tasas de histerectomía por este motivo están bajando rápidamente en la actualidad, hasta ser dos tercios de lo que eran hace una década (Reid PC, Mukri F. "Trends in number of hysterectomies performed in England for menorrhagia: examination of health episode statistics, 1989 to 2002-3". *British Medical Journal* 2005;330:938-9) y muestran una variabilidad reducida entre las distintas áreas del NHS. Esto contrasta con las tasas de colecistectomía que muestran unas diferencias entre las diversas áreas enormes y que carecen de explicación y que no se han sometido a un análisis racional del mismo tipo. (Aylin P, Williams S, Jarman B, Bottle A. "Dr Foster's case notes: variation in operation rates by Primary Care Trust, 1998-1004". *British Medical Journal* 2005;331:539.).

⁹¹ Chris Gunstone da buena cuenta de cinco casos recientes que ilustran este punto. Es probable que los clínicos de más experiencia o los parientes que los sobrevivan simpaticen con los mismos (Gunstone C. "Cancer in the elderly - a case for informed pessimism?" *British Journal of General Practice* 2005;55:648).

⁹² Coulter A, McPherson K, Vessey MP. "Do British women undergo too many or too few hysterectomies?" *Social Science & Medicine* 1988;27:987-94. Desde entonces, las tasas británicas han seguido aumentando.

⁹³ Lilford RJ. "Hysterectomy: will it pay the bills in 2007?" *British Medical Journal* 1997;314:160-1.

⁹⁴ Parece extraño que nadie haya desarrollado todavía una técnica sencilla para medir las pérdidas menstruales de manera objetiva, pero quizá no haya mucha demanda de la misma. En el Hospital John Radcliffe de Oxford, Margaret Rees empleó medidas precisas de investigación del flujo menstrual para ver si el tratamiento podía dar respuesta a las preocupaciones verdaderas de las enfermas de una forma más precisa y racional, recurriendo menos a la cirugía (Rees MCP. "Role of menstrual blood loss in management of complaints of excessive menstrual bleeding". *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1991;98:327-8.). estudió a diecisiete enfermas, de entre 30 y 45 años, remitidas para que se las tratase por historias de grandes pérdidas menstruales, pero con pérdidas reales, medidas, entre 15 y 60 ml., es decir, muy por debajo del umbral que se acepta normalmente. Les explicó con claridad la poca diferencia que había entre ellas y otras mujeres y después analizó los problemas relacionados que constituían el perfil de la enfermedad de cada una de ellas, en lugar de limitarse al trastorno que, de rutina, se define como menorragia. Al cabo de tres años de haberles dicho que sus pérdidas de sangre eran normales y no requerían tratamiento alguno, observó que catorce de ellas lo habían aceptado, lo que suponía un gran aumento de la eficacia. Sin embargo, dos seguían tomando medicación y otra se las había arreglado para someterse a una histerectomía. Lo anterior sugiere que una discusión más racional y una mejor comunicación tiene éxito en más del

ochenta por ciento de los casos, pero el restante veinte por ciento se pueden sentir más contentas después de una histerectomía y este veinte por ciento supone mucha gente. Coulter y sus colaboradores encontraron que, de las enfermas que aquejaban menorragia leve o moderada, el 83% de aquellas a quienes se había practicado una histerectomía estaban satisfechas con su tratamiento, frente a sólo un 45% de las que se habían tratado con medicación, aunque, desde un punto de vista objetivo, ambos tratamientos eran de igual efectividad para el control de la hemorragia (Coulter A, Peto V, Jenkinson C. "Quality of life and patient satisfaction following treatment for menorragia". *Family Practice* 1994;11:394-401). En el caso de las mujeres que aquejaban hemorragias importantes, los resultados eran tan sólo un poco diferentes. El estudio de estos autores sobre las consultas a causa de hemorragias menstruales importantes realizados entre 483 enfermas y 129 médicos generales mostró que cuando se le daba una oportunidad para elegir entre varias alternativas de tratamiento (medicación, histerectomía u otras técnicas quirúrgicas, tales como la ablación del endometrio) alrededor de un tercio de las pacientes desearon tomar parte en esta decisión y mostraron una firme preferencia por uno de los tratamientos. Los predictores más fuertes de este tipo de deseo fueron el mayor nivel de educación y el haber realizado consultas previas por alteraciones ginecológicas, siendo éstas las enfermas que mostraban un mayor grado de confianza, las que estaban más al corriente de su problema y las más dinámicas. Esto puede explicar en parte el hecho sorprendente de que las mujeres del Reino Unido que abandonan la escuela sin ninguna cualificación educativa tienen quince veces más probabilidades de sufrir una histerectomía que las que tienen un título universitario. A pesar de las barreras de coste mucho mayores, hay unas diferencias sociales similares en Estados Unidos.

⁹⁵ La ligadura de las arterias mamarias internas con la esperanza de que mejorase la perfusión del músculo cardíaco en las enfermedades coronarias se popularizó en Estados Unidos al final de los años cuarenta del siglo pasado con tasas de éxito precoz convincentemente altas. En 1954, el entusiasmo inicial había decrecido lo bastante como para que fuese posible llevar a cabo una investigación de si la técnica era científicamente útil. Empleando un método de asignación aleatoria a la realización de una operación real o de una operación simulada en las arterias mamarias internas para tratar angina de pecho producida por enfermedad coronaria, Beecher demostró que ambas intervenciones eran de igual eficacia para alrededor de un tercio de los enfermos en lo referente a satisfacción como consumidores y a la observación a corto plazo, aunque, obviamente, las operaciones simuladas no tenían efecto objetivo alguno sobre el flujo sanguíneo coronario (Beecher HK. "Surgery as placebo: a quantitative study of bias". *Journal of the American Medical Association* 1961;176:1102-7, y Benson H, McCallie DP. "Angina pectoris and the placebo effect". *New England Journal of Medicine* 1979;300:1424-9). Ya no es posible llevar a cabo este tipo de experimentos, pero no encuentro razón alguna para que intervenciones más recientes no puedan tener efectos subjetivos transitorios similares en la misma proporción de enfermos.

⁹⁶ Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't". *British Medical Journal* 1996;312:71-2.

⁹⁷ Por motivos políticos y culturales que merecen estudiarse más a fondo de lo que se ha hecho, esto sucedió mucho antes en Gran Bretaña y en la Comunidad Británica (British Commonwealth, en inglés), Irlanda, Estados Unidos, Holanda y Escandinavia (en términos generales, en el ámbito en el que se lee la Medicina en lengua inglesa), que en el resto de Europa. Con la sobresaliente excepción de Cuba, se ignoró o se eliminó en los países que intentaron construir economías socialistas.

⁹⁸ Sullivan F, Mitchell E. "Has general practice computing made a difference to patient care? A

systematic review of published reports". *British Medical Journal* 1995;311:848-52. De manera siniestra, este estudio encontró que la satisfacción por parte de los médicos, respecto a su aspecto médico, aumentó con la informatización de las historias clínicas, pero el contenido social desde el punto de vista de los enfermos bajó.

⁹⁹ Spenser T. "Guidelines as an integral stage in quality development". *Family Physician* (Israel) 1993;21:37-9.

¹⁰⁰ Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. "Managed care: origins, principles and evolution". *British Medical Journal* 1997;314:1823-6.

¹⁰¹ Vogt TM. "Paradigms and prevention". *American Journal of Public Health* 1993;83:795-6.

Este nivel de estupidez es menos frecuente hoy en día, pero por lo que veo fijándome en la literatura sobre el control de la hipertensión en la población no mucho menos. Las guías de práctica difundidas por el Instituto Nacional del Pulmón, el Corazón y la Sangre de los Estados Unidos, que forma parte de los Institutos Nacionales de Sanidad de ese país, establecen ahora un umbral de 115/75 mmHg, como límite oficial de riesgo cardiovascular. Aplica la etiqueta de "Hipertensión" a niveles por encima de 130/90 mmHg, y a los niveles entre 120-129/80-89 mmHg., los consideran "Pre-hipertensión". (Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión). La Sociedad Británica de Hipertensión ha redactado un conjunto de guías de práctica para el NHS igual de absurdo (Williams B, Poulter NR, Brown MJ *et al.* British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): véase resumen en: *British Medical Journal* 2004;328:634-40). Estas guías aportan bases estratégicas excelentes para incrementar el comercio médico y farmacéutico, pero son grotescas desde los puntos de vista de la biología humana y de las estrategias de salud pública. Para cualquiera que tenga la responsabilidad de atender a poblaciones completas, no a una minoría de clientes rentables, son imposibles de poner en práctica desde un punto de vista logístico y no toman en consideración las implicaciones que tiene poner la etiqueta de enfermos a más de la mitad de los individuos de muchas poblaciones.

¹⁰² Feder G, Griffiths C, Highton C *et al.* "Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomised controlled trial in general practice in East London". *British Medical Journal* 1995;311:1473-8.

¹⁰³ Heath I. "The perils of checklist medicine". *British Medical Journal* 1995;311:373, and Ford P, Walsh M. "New rituals for old: nursing through the looking glass". Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.

¹⁰⁴ Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. "Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry". *Journal of the American Medical Association* 2002;287:612-7.

¹⁰⁵ "NICE told to break its close links with pharmaceutical industry by WHO adviser Kees de Joncheere". *British Medical Journal* 2003;327:637.

¹⁰⁶ Hart JT. "What evidence do we need for evidence based medicine?" (Cochrane lecture 1997) *Journal of Epidemiology & Community Health* 1997;51:623-9.

¹⁰⁷ Williamson C. "Ensuring that guidelines are effective: give them to the patient". *British Medical Journal* 1995;311:1023.

¹⁰⁸ "The Expert Patient". London: Department of Health, Agosto 2001.

¹⁰⁹ Association of the British Pharmaceutical Industry. "The expert patient survey", Octubre 1999. Londres: ABPI, 1999.

¹¹⁰ "Market & Opinion Research International, for Developing Patient Partnerships, formerly the Doctor Patient Partnership (DPP)". Medicines and the British. Londres: MORI, 2003.

¹¹¹ Barlow JH, Turner AP, Wright CA. "A randomised controlled study of the arthritis self-management programme in the UK". *Health Education Research* 2000;15:665-80, y Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P *et al.* "Evidence suggesting that a chronic disease self-management programme can improve health status while reducing hospitalisation. A randomised trial". *Medical Care* 1999; 37:5-14.

¹¹² Shaw J, Baker M. "Expert patient' -dream or nightmare?" *British Medical Journal* 2004;328:723-4.

¹¹³ Greenhalgh T. "Research Methods 2: Whose evidence is it anyway?" *British Journal of General Practice* 1998;48:1448-9.

¹¹⁴ Partiendo de su condición de crítico cauteloso de la mercantilización del NHS en los periodos de administración de los conservadores, el Profesor Julian Le Grand de la London School of Economics se ha convertido en un celoso defensor y asesor del Primer Ministro Tony Blair. En una conferencia reciente, sugirió que a los enfermos con problemas de salud crónicos se les entregasen las asignaciones del NHS que les correspondieran para que los gastasen en cualquier punto de venta al por menor que eligiesen para recibir atención sanitaria. Nuestra última Ministra de Sanidad, Patricia Hewitt ha prometido que tomará en consideración con interés esta proposición (Harding M-L. "Patients could get their own budgets, Number 10 says". *Health Services Journal* 19 Mayo 2005:5).

¹¹⁵ Marinker M. "On the boundary". *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1973;23:83-94.

¹¹⁶ Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. "The concept of disease". *British Medical Journal* 1979; ii:757-762.

¹¹⁷ No hay que subestimar las consecuencias positivas que todavía no han entendido por completo ni han aceptado la mayoría de los historiadores. El magnífico libro de WH McNeill: *Plagues and Peoples* (New York: Doubleday/Anchor, 1976. Oxford: Blackwell, 1977. Londres: Penguin Books, 1979), en el que el autor expone su idea original y liberadora de los micro y macroparásitos humanos, muestra el inmenso valor que sigue teniendo este paradigma.

¹¹⁸ Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Londres: Tavistock Publications 1973.

¹¹⁹ Reaven GM. "Role of insulin resistance in human disease". Banting lecture 1988. *Diabetes* 1988;37:1595-1607, y Eckel RH, Grundy SM, Zimmer PZ. "The metabolic syndrome". *Lancet* 2005;365:1415-28.

¹²⁰ MacMahon S, Neal B, Rodgers A. "Hypertension - time to move on". *Lancet* 2005;365:1108-9. Sir George Pickering llegó, hace cuatro décadas, a la misma conclusión respecto al componente hipertensivo de este problema, pero la mayoría de los clínicos todavía desoyen su mensaje. Poner etiquetas es más fácil que pensar desde un punto de vista fisiológico.

¹²¹ Salomaa VV, Naukkarinen VA et al. "Long term mortality after 5 years multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle aged men". *Journal of the American Medical Association* 1991;226:1255-9, Williams B. "Insulin resistance: the shape of things to come". *Lancet* 1994;344:521-4, y Brunner EJ, Marmot MG, White IR, O'Brien JR, Ethington MD, Slavin BM et al. "Gender and employment grade differences in blood cholesterol, apolipoproteins and haemostatic factors in the Whitehall II study". *Atherosclerosis* 1993;102:195-207.

¹²² Hart JT. "Hidden agendas of earlier diagnosis". In Zander L (ed.) "Change: the challenge for the future". Royal College of General Practitioners Annual Symposium 1983. Londres: RCGP 1984. pp.54-63.

¹²³ Riddle MC. "A strategy for chronic disease". *Lancet* 1980; ii:734-6.

¹²⁴ Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank JH. "Patients' participation in medical care". *Journal of General Internal Medicine* 1988;3:448-57.

¹²⁵ Smith GD, Hart C, Blane D, Hole D. "Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study". *British Medical Journal* 1998; 316:1631-5.

¹²⁶ Mold JW, Stein JF. "The cascade effect in the clinical care of patients". *New England Journal of Medicine* 1986;314:512-4.

¹²⁷ En fichas de terminología de Estados Unidos.

¹²⁸ Esta actividad depende de la existencia de forma continuada en atención primaria de poblaciones estables, asignadas a los equipos y que los hospitales tengan áreas de captación de población definidas. Las políticas actuales, que promueven la elección por parte de los consumidores, la posibilidad de acudir a un gran número de fuentes que proporcionan atención primaria y que compiten entre sí y la existencia de múltiples caminos de acceso a la atención y de derivación a las consultas de los especialistas, son una amenaza para estas dos condiciones preliminares. Afortunadamente, requiere tiempo establecer pautas nuevas de comportamiento de los trabajadores y de los enfermos, en particular cuando los cambios se tratan de imponer desde arriba, tienen poco apoyo de la opinión pública y aún menos de la opinión de los profesionales. A pesar de haber pasado más de veinticinco años estimulando hacia el nuevo modelo a los enfermos, primero por parte del Partido Conservador y luego por la del gobierno del Neolaborismo, éstos continúan siendo leales, de una manera aplastante, a sus médicos generales y rara vez se cambian de una a otra consulta, salvo cuando se mudan a otro domicilio. La competencia entre médicos generales es probablemente menor ahora que nunca anteriormente. La poca competencia que existe entre los

especialistas y entre los hospitales depende casi por completo todavía de la experiencia y la opinión de los trabajadores de atención primaria y muy poco de la experiencia y de las opiniones de los pacientes, en su condición de consumidores. Cualquier decisión de gobierno de dar marcha atrás respecto al consumismo casi seguro que sería saludada con gran alivio por parte de los trabajadores y por todos, salvo una clase minoritaria (aunque probablemente influyente) de enfermos.

¹²⁹ Un médico general de Paisley, preguntado sobre los recuerdos que tenía de su ejercicio profesional en los años cincuenta del pasado siglo, cuando comenzó a funcionar el NHS, describía la actitud hacia las historias clínicas que era entonces habitual en el ejercicio en las zonas industriales de Escocia: “Teníamos las historias de la época de Lloyd George guardadas en los despachos... El que no se sacasen nunca era el orgullo y la alegría de nuestros recepcionistas. Estaban almacenadas y en ellas se guardaba todo, pero los archivos no se usaban nunca. No se sacaban para que los usásemos, de modo que, como yo era un miembro del equipo que se había incorporado recientemente, no sabía nada de los enfermos que venían a verme. Los pacientes venían con todos sus frascos, con toda su medicación y decían: ‘¡Doctor, esto es lo que estoy tomando!’ Por mi parte, me limitaba a anotar qué medicación era. Pero nunca sacábamos las historias. La actitud de los colegas en aquel tiempo era ‘Como conocemos a los enfermos no necesitamos archivos. Los conozco de siempre... ¿Para qué tengo que escribir nada?’. Los informes del hospital los guardábamos en un montón que crecía cada vez más”. (Michell E, Smith G. “An oral history of general practice 9: record keepers”. *British Journal of General Practice* 2003;53:166-7). Mi experiencia como médico suplente en los cincuenta y los sesenta era exactamente la misma.

¹³⁰ Prof. Mike Pringle, personal communication Julio 2004.

¹³¹ Ward L, Innes M. “Electronic summaries in general practice: considering the patient’s contribution”. *British Journal of General Practice* 2003;53:293-7.

¹³² Pyper C, Amery J, Watson M, Crook C. “Patients’ experiences when accessing their on-line electronic patient records in primary care”. *British Journal of General Practice* 2004;54:38-43.

¹³³ En Swansea que es la ciudad más próxima a mi residencia hay dos grandes hospitales del NHS, Morriston y Singleton, que ahora son consorcios casi independientes entre sí. El el NHS previo a la “Reforma”, tenían historias escritas sobre papel similares e intercambiaban libremente, aunque de manera poco eficiente, toda la información; en cualquier momento concreto, no se encontraba un 12% de las historias. La “Reforma” introdujo la competencia entre estos dos hospitales, de modo que cada consorcio puso en marcha su propio sistema informático, incompatible con el otro. Por suerte, la competencia no ha llegado muy lejos y entidades similares a empresas públicas se pusieron de acuerdo para especializarse cada uno de ellos en áreas diferentes y complementarias, de modo que los enfermos ambulatorios todavía se desplazan frecuentemente de un centro a otro. Las historias de papel podían llevarse cargadas, pero no ha habido, ni hay manera de transmitir los datos informáticos entre ambas instituciones.

¹³⁴ Benson T. “Why general practitioners use computers and hospital doctors do not – Part 1: incentives”. *British Medical Journal* 2002;325:1086-9, y Benson T. “Why general practitioners use computers and hospital doctors do not - Part 2: scalability”. *British Medical Journal* 2002; 325:1090-3.

¹³⁵ Langton A. “Sharing patient information electronically throughout the NHS: change of culture is

Capítulo 4

La propiedad del sistema sanitario

El contenido de este libro está organizado alrededor de la visión del NHS como un sistema productivo. ¿Cómo encaja la idea de propiedad en estos términos? Los sistemas de producción pueden tener o no accionistas, pero todos tienen gestores, mecanismos operativos y recursos materiales: terrenos, edificios, equipamientos, etc. que, combinados con el trabajo, les permiten crear su producto. Para cada uno de estos protagonistas, la propiedad es siempre un asunto importante y cada uno de ellos la concibe y la define de distinta manera. Como, tal como hemos visto en el capítulo anterior, los enfermos deben considerarse cada vez más como coproductores de incrementos de salud, sus opiniones sobre la propiedad son tan importantes como las de las plantillas de profesionales.

ORÍGENES DE LA PROPIEDAD EN SANIDAD

Junto con los tratamientos específicos que han hecho posible el conocimiento adquirido casi por completo en los últimos siglos, en el hecho de recuperarse de una enfermedad están implicados los mismos factores que se relacionan con la conservación del estado normal de la salud, que son conocimientos que hemos tenido durante milenios: la nutrición, la hidratación, la higiene, la vivienda y la seguridad. Las condiciones sociales que proporcionan el acceso a todos estos bienes a todo el mundo cuando está sano deben ser el motor de las políticas racionales de salud pública y proporcionar estos bienes activamente a los que están enfermos es una

condición previa para la asistencia racional. Para una enorme mayoría de personas en las épocas previas al capitalismo industrial, las actuaciones que se requerían para que quienes estaban muy enfermos se prestaran atención a sí mismos las proporcionaban sus propias familias, casi por completo las madres, las hijas y las abuelas.

La evolución desde el trabajo común, no especializado en una agricultura de subsistencia hasta el trabajo fragmentado y especializado del capitalismo industrial, hizo imposible tanto que los sanos se ocupasen de conservar su salud como que los enfermos pudiesen recuperar la suya por sí mismos, sin la ayuda de sus patronos o del estado. La mayoría de esta ayuda se proyectó para apoyar la atención de enfermería que todavía proporcionaban las familias, principalmente mediante beneficios económicos, de modo que las familias en las que quien ganaba el sustento estaba enfermo pudieran sobrevivir hasta que se recuperase. Los médicos de los ciudadanos de a pie tenían que encontrar mecanismos para incluir la medicina y la cirugía en estos sistemas de apoyo.

La primera persona en Gran Bretaña que pensó de forma cuantitativa en la salud de la nación en su conjunto y en términos económicos fue Sir William Petty en 1690¹. Sorprendentemente, consideraba que la población era un bien económico real, susceptible de medirse, no una carga. Dos siglos después, los cimientos de nuestro servicio sanitario estatal los estableció Sir John Simon en la década de 1860², pero limitándose estrictamente a la Salud Pública, a las leyes sanitarias y a su cumplimiento a nivel local. La atención personal estaba excluida, excepto para las enfermedades infecciosas epidémicas y el para internamiento de los enfermos mentales o de los indigentes. La razón para esta estricta separación de la Salud Pública y la atención personal surgió de la decisión de la profesión médica de continuar siendo los dueños y mantener el control del comercio clínico en sus manos. Los médicos, como empresarios, mantenían fuera de cualquier tipo de actividad lucrativa que ellos pudieran llevar a cabo a cualquiera que fuera ajeno a ellos, pero evitaban lo más posible la responsabilidad respecto a cualquier paciente que no pudiera pagarles. Hacia

mediados del siglo XIX, se entendió la Salud Pública como algo indivisible: los enfermos pobres, por fortuna, generaban suficiente riesgo para los ricos como para que el estado se viera obligado a actuar tanto mediante el abastecimiento de aguas seguras y la adecuada eliminación de residuos como mediante las leyes sanitarias y la confinación de los pobres indigentes donde no pudieran infectar a los ricos.

En Manchester, primer centro de industrialización masiva en Gran Bretaña a mediados del siglo XIX, más o menos dos tercios de todos los fallecidos habían recibido algún tipo de atención médica, lo que es un indicador tosco de hasta dónde esta atención se había llegado a contemplar como un aspecto importante para la supervivencia o al menos para una muerte dignificada³. Los doctores que podían lograrlo vivían por completo de los honorarios que les pagaban quienes podían hacerlo, pero éstos no llegaban a constituir los dos tercios de la población. Los médicos fijaban sus honorarios más o menos en proporción al valor que ellos asignaban a las viviendas de sus enfermos. En consecuencia, las áreas ricas eran más atractivas para el comercio médico, lo que permitía que se instalaran en las mismas quienes podían pasar más tiempo sin cobrar nada, formando parte de las plantillas de médicos jóvenes de los hospitales para obtener así una más amplia experiencia clínica. Los enfermos más ricos, que pagaban mayores honorarios, hacían que los médicos pudieran dedicarles todo el tiempo que requiriese la aplicación en su totalidad del saber médico de ese momento. Estas áreas proporcionaban oportunidades de llevar a cabo una medicina y una cirugía personalizadas y conformes con el estado del arte⁴. Los médicos, por lo tanto, consideraban estas zonas como los lugares naturales para el desarrollo de cualquier eventual servicio público (el eterno argumento de “igualar por arriba y no por abajo”). De hecho, nunca llegaron a ser tal cosa. Los orígenes de la atención primaria en el NHS hay que buscarlos en los sistemas de pago por anticipado* que se pusieron en marcha para la atención a los trabajadores industriales, no en el ejercicio refinado y con cobro de honorarios que se

* Serían algo equivalente a las “iguales” en España. (N. del T.)

llevaba a cabo en las ciudades comerciales o en los suburbios de los “de cuello blanco”.

ASISTENCIA SIN COBRO DE HONORARIOS

Dondequiera que los ingresos que proporcionaban los enfermos ricos eran insuficientes para mantener a la familia de un médico⁵, los facultativos se buscaban otros trabajos, bien fuera para el estado, mediante un puesto asalariado, muy mal pagado, en el contexto de la “Ley de Comités Protectores de los Pobres”, o bien para grupos de trabajadores que eran capaces de poner en marcha sistemas de atención con pago previo mediante igualas, y que se llamaban generalmente “Clubs”. Para distinguir los mismos de los sindicatos (que habían sido ilegalizados hasta 1825 por decretos de 1799 y 1800) se les dio el nombre de “Sociedades de Amigos”. A partir de 1793, se obligó a estas sociedades a registrarse, con objeto de poder cuantificar sus progresos posteriores. Alrededor de 1891, casi la mitad de la población masculina adulta del Reino Unido y una mayoría de trabajadores industriales asalariados eran miembros de estos “clubs” o sociedades.

Algunas sociedades llegaron a ser enormes instituciones nacionales. Alrededor de 1855, los “Impares Compañeros”^{*} tenían 200.000 miembros y “La Vieja Orden de los Guardas Forestales”^{**} 100.000 y, alrededor de 1872, ambas habían más que duplicado esas cifras. A pesar de su tamaño, estas sociedades estaban organizadas y controladas en gran medida por sus miembros, a través de comités locales, en los que todo el mundo se conocía y se podía vigilar cómo se gastaba hasta el último penique. Proporcionaban gastos de entierro, subsidios de supervivencia en los periodos de paro, de enfermedad o de lesiones por accidentes y un número de prestaciones médicas o de enfermería, generalmente pequeño, que se abonaban mediante primas previas, a menudo sólo para los discapacitados o los afiliados. Los costes eran bajos porque casi toda la admi-

^{*} En inglés “Odd Fellows”, como nombre de esa sociedad. (*N. del T.*)

^{**} En inglés “Ancient Order of Foresters”. (*N. del T.*)

nistración la llevaban a cabo comités electos de voluntarios y todos los beneficios se acumulaban en forma de reservas para proporcionar ulteriores beneficios. Pagaban a los médicos mejor, aunque no mucho, que la mencionada “Ley de Pobres”.

En 1896, *The Lancet* envió un corresponsal por toda Gran Bretaña para que informase sobre los términos y condiciones del servicio de los médicos que se ocupaban de la asistencia a los trabajadores industriales y sus familias. Su informe dio lugar a la publicación del clásico artículo “La Batalla de los Clubs”⁶. En Southampton, el corresponsal de *The Lancet* observó que alrededor de una cuarta parte de la población estaba afiliada a sistemas de este tipo, a través de los cuales, los médicos ganaban 4 chelines (0,20 libras esterlinas) por persona afiliada al año, lo que incluía el acceso sin límites a recibir consejos médicos y a los medicamentos. El Cuerpo de Guardias Forestales de esa ciudad contrató la asistencia médica para sus 200 indigentes por una cuota anual de 5 libras por cada uno. En 1893, estos indigentes habían recibido 500 visitas médicas y se habían pagado dos peniques y medio (0,01 libras) por visita. En Portsmouth, la Sociedad de Beneficencia Médica concertó la atención con acceso ilimitado a los consejos médicos y a los medicamentos para los trabajadores de los astilleros y sus familias pagando medio penique (0,002 libras) semanal por cabeza. Un médico general contratado por este sistema, reflejó su actividad en un dietario en el que se recogieron 1.958 visitas domiciliarias y 4.650 consultas en su consulta y recibió por ello 38 libras, 11 chelines y 11 peniques, o sea 1,4 peniques (0,006 libras) por consulta. Había cuotas más altas para servicios más complicados⁷.

Para hacerse una idea de lo que estas cantidades representaban, tenemos que saber algo de los precios y los ingresos de la época. Desde 1883 hasta 1913, el valor de la moneda se mantuvo casi constante. El poder adquisitivo de una libra en 1883, cayó a 3,5 peniques, cien años más tarde en 1983*, o sea a un 3,5% de su valor inicial. Puede tener más sentido que

* Los peniques de 1983 eran ya céntimos de libra. (N. del T.)

nos fijemos en algunos precios de alrededor de 1905. Una casa de nueva construcción de ladrillo con terraza costaba unas 150 libras y 100 libras si era de piedra. Un cabecero de cama de matrimonio de hierro y latón costaba 2 libras y 10 chelines (2,5 libras). Los ingresos por salarios de los mineros adultos hacia 1914 eran de 145 libras anuales por término medio, con grandes diferencias entre los hombres jóvenes que estaban en buena forma física y eran capaces de arrancar muchas toneladas de la superficie del carbón y los que estaban en peor forma o más viejos que trabajaban transportando carbón, entibando, reparando o en las muchas otras funciones que son precisas para mantener una mina en producción. Los picadores trabajaban bajo tierra ocho horas al día, seis días por semana, cortando y cargando el carbón totalmente a mano. Los muchachos de catorce años empezaban ganando 0,6 libras por semana, o sea 31 libras al año. Lo que no estaba mal si se compara con las 15 libras al año que se pagaban, por una semana de seis días y medio, a las muchachas que, por ausencia de trabajo pagado en sus lugares de origen, se veían forzadas a exiliarse en Londres como criadas internas⁸. Sin embargo era muy malo si se compara con la estimación del economista Alfred Marshall de que los ingresos razonables para un profesor universitario eran de 500 libras anuales o con las 1.000 libras al año que se le asignaron a Beatrice Webb cuando se casó con Sidney Webb** para mantener su trabajo para toda la vida como teóricos de la democracia social inglesa imperante⁹. Los mineros de carbón nunca fueron ricos, pero no eran tan pobres como para no poder asumir cuotas de alrededor de 6 peniques (0,025 libras) a la semana para sus Programas de Asistencia Médica.

LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA MÉDICA DE LOS MINEROS

Los pueblos mineros tenían que hacer sus propias instituciones sociales por sí mismos, basándose en la teoría social igualitaria que había en las

** Economista y reformador británico (1859-1947) uno de los primeros miembros de la "Fabian Society" con, entre otros, George Bernard Shaw. Fue uno de los fundadores de la "London School of Economics" en 1895, miembro del Partido Laborista, profesor, ministro y defensor de la Unión

interpretaciones, enfrentadas entre sí, de la Biblia cristiana surgidas de los movimientos puritanos de la guerra civil inglesa, en las ideas sobre la temperancia nacidas de la amarga experiencia familiar y, por último (desde alrededor de 1898) en las ideas socialistas¹⁰. A menudo, estos tres conjuntos de ideas se mezclaron entre sí. El marxismo tuvo poco impacto hasta alrededor de 1910, pero en ese momento se convirtió rápidamente en una fuerza poderosa en las cuencas carboníferas del sur de Gales, al menos de una manera simplificada. El socialismo de los valles tenía fuertes elementos de sindicalismo, derivados del hecho de que los enfrentamientos entre las sedes de la Federación de Mineros del Sur de Gales y los locales de la Federación de Empresarios de la Minería del Carbón eran las batallas de las que derivaron todas las decisiones sociales y políticas más importantes que, a menudo, dictaban la política del Gobierno. El gobierno local era incomparablemente más poderoso de los que es hoy en día y cada una de las elecciones locales era una lucha por la supremacía entre los mineros y los propietarios del carbón.

Los Programas de Asistencia Médica eran los más avanzados de los programas de los “clubes”*. Estas organizaciones empleaban a médicos bien a cambio de un salario. Les pagaban las cantidades habituales por su trabajo en el mercado profesional de la época, en el que había exceso de mano de obra y era sumamente competitivo y en el que la pobreza médica era todavía una realidad. Mientras que los programas en Inglaterra dependían del pago de cantidades fijas que se pactaban, todos los Programas de Asistencia Médica en el sur de Gales se basaban en esquemas de asignación de ingresos por porcentaje (generalmente, alrededor de 3 o 4 peniques por cada libra que se ganaba). En este sistema, la parte de lo que se ganaba que se dedicaba a pagar los servicios se deducía de los ingresos en la misma oficina de la mina – que, de hecho, era una verdadera oficina local de recaudación de impuestos¹¹. Los empresarios, por lo general, estaban a favor de estos esquemas como un factor estabilizador de sus, por otra parte, precarias relaciones industriales y como un mecanismo de

* Véase más arriba lo que querían decir esos “clubes”. (*N. del T.*)

atraer a médicos hacia comunidades a menudo lejanas en las que los necesitaban para sus propias familias. Este sistema de porcentajes, se convirtió en algo de importancia crítica que dio lugar a que existiesen posibilidades de desarrollar servicios de tipo global, imposibles de establecer de otra manera.

En todos estos programas las obligaciones de los médicos eran: conseguir una situación adecuada para trabajar y producir un beneficio, excluyendo que se beneficiasen del mismo aquellas enfermedades atribuidas a “conductas inmorales” (principalmente el alcoholismo y las enfermedades venéreas); tratar las frecuentes lesiones industriales y poner etiquetas diagnósticas a todas las enfermedades por las que se les consultaba y proporcionar medicinas para las mismas, con una libertad de acceso a sus servicios ilimitada. Las lesiones importantes y las urgencias quirúrgicas, tales como fracturas o hernias estranguladas las trataban los Médicos Generales, de todos los cuales se suponía que tenían conocimientos quirúrgicos elementales tan pronto como acababan sus estudios en la facultad ¹².

Las Sociedades de Amigos y las de Asistencia Médica a los Mineros eran bastiones de probidad, sobriedad, independencia de la religión y equilibrio entre espíritu de servicio y solidaridad, derivados de las influencias enfrentadas entre sí de la religión, el sentimiento de autoayuda y las tradiciones de militancia que venían de los “Chartistas” de los años 40 del siglo XIX*, cuya relativa fuerza era diferente en las diversas comunidades. Las ideas socialistas y marxistas tuvieron poco impacto en Gales hasta el conflicto de la mina Cambrian Combine en 1910, a partir del cual el impacto creció rápidamente. Los partidarios de la autoayuda se pusieron en contra de los empresarios locales y de la alta burguesía, exigiéndoles todo lo que podían dar, tanto de dinero como de influencia. En la mayoría de los sistemas previos, los empresarios contrataban y paga-

* Se trata de una organización surgida en la década de 1840 a 1850 ante el temor que surgió en la sociedad acomodada británica a la vista de los movimientos revolucionarios de la Europa continental. Aceptaron una “People’s Chart” o “Carta del Pueblo”, una especie de pacto que algunos han considerado como una “protodemocracia”. (N. del T.)

ban a los médicos, esperando de ellos y, a menudo, consiguiendo el apoyo leal de los mismos en sus múltiples disputas con los trabajadores. Después de que la Ley de Compensación de los trabajadores de 1897 hiciera que los empleados pudieran ser responsables de algunas de las consecuencias más flagrantes de los accidentes industriales, la influencia de los empresarios sobre los médicos se convirtió en algo importante y, eventualmente, la mayor parte de los programas pasaron a estar controlados por los trabajadores. Los empresarios no consideraron, por lo general, que esto fuese un tema de importancia fundamental. Allá donde los trabajadores eran lo suficientemente militantes como para hacer presión respecto a sus asuntos, los empresarios cedían y ponían en marcha esquemas de pago por porcentajes a través de sus propias oficinas pagadoras, incluso aunque esto preocupase a las organizaciones de la profesión médica y disminuyese la influencia de dichos empresarios sobre los testimonios periciales de los médicos ante los tribunales en las demandas de compensación¹³.

Como los médicos de los mineros, tenían que tratar frecuentes fracturas y otros traumatismos, animaban a sus patrocinadores —principalmente los gobiernos locales y las sociedades de ayuda mutua, pero también los empresarios locales y los donantes caritativos— a que construyeran pequeños hospitales comarcales, por lo general con sólo 10 a 15 camas, con un pequeño quirófano donde hacer operaciones. La propiedad moral de estos hospitales y el control sobre el acceso a los mismos para la realización de intervenciones quirúrgicas eran motivos frecuentes de conflicto. Los mandamases locales eran a menudo más generosos respecto a darles sus nombres que su dinero. Los valles mineros del carbón del sur de Gales y los de pizarra del norte se llenaron de hospitales comarcales, que se construían de diversas maneras y mantenían mediante cuotas de los gobiernos locales y de suscripciones públicas locales. La alta burguesía, cuyas contribuciones económicas eran a menudo mucho menores que los fondos que obtenían colectivamente de las comunidades de mineros y de suscripciones a prorrato, tenía monopolizada su propiedad y su administración pública. Refiriéndose a los hospitales comarcales de los valles

mineros en la transición hacia el NHS, Bevan afirmó que, aunque el Gobierno los describía como hospitales de financiación altruista, muchos de ellos obtenían el 97,5% de sus ingresos de las suscripciones de los mineros ¹⁴.

Sin apoyo estatal hasta 1911, las sociedades de amigos excluían a los muy pobres, pero en todas las áreas de industria pesada incluían en su seno a la mayor parte de los trabajadores por cuenta ajena. En las comunidades de mineros de carbón de Gales las sociedades de asistencia médica englobaban a todos los trabajadores por cuenta ajena y, mediante aportaciones personales anuales o semanales, a todos los trabajadores municipales, pequeños negociantes, tenderos, maestros y otra serie pequeñas profesiones que rodeaban a la industria del carbón ¹⁵.

Los programas de asistencia médica de los mineros con mayor cobertura se desarrollaron en las zonas carboníferas del sur de Gales a causa del hecho extraordinario de que en ellas se concentraban todas las comunidades del valle en torno a la producción de carbón, hierro, acero y hojalata ¹⁶. Las pequeñas ciudades de los valles se hicieron autosuficientes desde el punto de vista cultural, con su propia democracia representativa y participativa muy desarrollada ¹⁷. El sistema de pago en proporción a los ingresos proporcionaba financiación y administración suficientes no sólo para mantener la atención primaria de salud, sino que permitía algunas inversiones en plantilla y edificios. Las comunidades hacían todo lo posible para cubrir todas sus necesidades sociales a partir de sus propios recursos humanos. Los médicos a quienes empleaban tenían intereses en común con las comunidades a las que servían para poner en marcha los mejores medios para la asistencia, principalmente mediante la construcción de pequeños hospitales comarcales, como unidades quirúrgicas y de aislamiento de enfermos con procesos febriles infecciosos ¹⁸. Los médicos también tenían intereses en la propiedad de los mismos, lo que constituía la semilla de bastantes conflictos. El desarrollo, control, dotación de plantillas y el ser dueños de esos hospitales de medicina general no tardaron en convertirse en algo crucial para los conflictos entre tres fuerzas locales bien definidas: los médicos, los mineros y la burguesía ¹⁹.

LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA MÉDICA DE LOS MINEROS COMO MODELOS PARA UNA ATENCIÓN SOCIALMENTE UNIVERSAL

Aunque la mayoría de los médicos del sur de Gales contemplaban la propiedad y el control de los hospitales locales como inseparables de ser dueños y controlar los principales aspectos de su trabajo, hubo importantes excepciones.

Servicio social implica, en definitiva, financiación social, y financiación social implica, a su vez, tener que responder ante la sociedad, lo que, a su vez, implica o regulación social o que la propiedad del servicio sea de la sociedad. Si de verdad se sirve a la gente, también se debe ser capaz de responder ante la misma, lo que significa prestar un servicio a cambio de un salario (de modo que el valor añadido por el trabajo de los médicos se pueda emplear para aumentar el margen de atención sanitaria, incluso más allá del campo de actuación de los médicos generales). No se trataría de una propiedad del servicio como si fuese una empresa, mediante la cual los médicos generales podrían principalmente aumentar su propio trabajo y sus ingresos, sin conceder prioridad a las inversiones para la asistencia. Aunque casi se haya olvidado en el día de hoy, hubo enérgicos defensores de prestar un servicio médico a cambio de un salario dentro de la profesión en los valles, muy notablemente, el Dr. Henry Norton Davies en Rhondda. Creía que la financiación por cuotas proporcionales a los ingresos, administrada de manera eficiente, podría proporcionar salarios por encima de la media para los médicos que, en consecuencia, no necesitarían ingresos adicionales provenientes del ejercicio privado. También creía que, mediante la misma, se podía ampliar la atención sanitaria incluyendo en ella un cierto número de especialidades, lo que resultaba más imaginativo que la idea de la medicina general de la época. Fueron los comienzos de la moderna derivación integrada de enfermos.

Varios esquemas de Ayuda de los Mineros demostraron que podía ser así. En Tredgar, alrededor de 1920, el 95% de la población de la ciudad pertenecía a la Sociedad de Ayuda Médica, que tenía contratados cinco

médicos generales, un cirujano especialista, dos farmacéuticos, un fisioterapeuta, un dentista y una enfermera domiciliaria, así como transporte ferroviario gratuito para acudir a los hospitales más grandes de Newport. En Rhymney, el Dr. Redwood estaba contratado por el sistema de Ayuda de los Mineros con un salario anual de 700 libras esterlinas, además de una vivienda gratuita, un dispensario, un hospital en una casa de campo y enfermeras – un nivel de vida mejor que el de la mayoría de sus colegas locales “independientes”²⁰.

Estos ejemplos muestran que el servicio mediante un salario, con control por parte de representantes locales ajenos a la profesión, era una opción viable y podía implicar más innovación, tanto desde el punto de vista social como clínico, que el simple estar al frente de una “tienda” médica²¹. Estos programas sobrevivieron incluso a lo largo del periodo de paro masivo que arrasó las cuencas carboníferas del sur de Gales de 1926 a 1941. En ese periodo hubo una reducción de los subsidios de desempleo a 3 peniques semanales, se contrató como picadores a parados y se redujo el gasto en médicos contratados (porque, por el sistema de pago proporcional, sus ingresos descendieron al mismo ritmo que los de los pacientes que tenían contrato con ellos, mientras que los médicos asalariados no sufrieron este tipo de penalización). Si hubiese habido un liderazgo imaginativo por parte de un Estado que se ocupase de todo el mundo, el servicio mediante salario habría modificado todo el ejercicio médico británico y se hubiese convertido en una fuente de orgullo nacional, en lugar de en la miserable vergüenza que fue, de hecho, en la mayor parte de las áreas industriales del Reino Unido cuando se implantó el NHS²² y lo siguió siendo en la mayor parte de los casos hasta los años ochenta²³. Por esa época, bastante más del 80% de las inversiones en edificios, instrumental y plantillas no médicas corrían a cargo de Estado. Con raras excepciones, los médicos generales de las áreas industriales invertían enormes cantidades de tiempo, pero poco dinero, para tener una mínima plantilla de trabajadores, un mínimo de instrumental y de edificios, comparado con las inversiones que se suponían precisas para negocios de cualquier otro tipo²⁴.

Sin embargo, la mayoría de los médicos generales se aferraban tozudamente a lo que a ellos les parecía de por sí evidente. Pensaban que su tarea era saber qué era lo mejor para sus enfermos y que ello conllevaba definir las tareas profesionales, la dimensión de los servicios, la naturaleza de las plantillas, la planificación y la propiedad del terreno, la de los edificios y la del instrumental. Asimismo, establecer cómo conseguir todo esto podía hacerse dedicándose tanto a los pacientes de rutina que pagaban por adelantado a través de seguros o de esquemas de ayuda médica como a los más rentables enfermos privados. En esta postura, estaban muy apoyados por la Asociación Médica Británica (BMA), cuyo principio fundamental era el rechazo de cualquier tipo de control por parte de personas ajenas a la profesión; cualquier normativa que implicara a los médicos tenía que ser establecida por otros médicos.

El aspecto principal de la disputa entre los mineros y los médicos era el control por parte de personas ajenas a la Medicina de los fondos constituidos con las aportaciones proporcionales²⁵. Los mineros argumentaban de forma sencilla, pero la BMA aducía motivos más elevados, diciendo que los comités electos de los programas médicos de los mineros intentarían controlar las decisiones clínicas de los médicos. Como quiera que la financiación pública implicaba la necesidad de rendir cuentas públicamente, de una u otra manera, esto se convirtió en un argumento contra cualquier tipo de financiación estatal para la sanidad. Aunque, de vez en cuando, la BMA hacía, en teoría, propuestas progresistas, la BMA se resistía, hasta 1966 a cualquier intento de hacer inversiones estatales directas en plantillas, instrumental o edificios para la atención primaria – y en esa fecha cedió sólo porque la mayoría de los equipos de medicina general del NHS en la áreas industriales se habían convertido en algo tan miserable que se exponían a que la posibilidad de contratar personal se viniese abajo²⁶.

Como la mayor parte de la documentación sobre las múltiples disputas entre los planes médicos de los mineros y sus médicos proviene del British Medical Journal (BMJ), disponemos de poca información sobre los

argumentos de los mineros, pero nunca he sido capaz de encontrar un solo ejemplo, escrito o anecdótico, en el que los mineros, o cualquier otro tipo de trabajadores, cuestionasen las opiniones de los médicos en el campo que les es propio de la capacidad clínica. Por el contrario, por lo general, los mineros parecían haber adoptado actitudes de mayor respeto del que estaba justificado por el verdadero estado del conocimiento médico de la época, pues era tal la autoridad de los médicos que probablemente lo más prudente era no dudar de las opiniones que sustentaban, incluso si obviamente estaban utilizando sus exigencias sobre su capacidad para disfrazar sus intereses económicos²⁷. Aunque las cartas al BMJ en momentos críticos mostraban a menudo que los médicos de los mineros tenían más simpatía por sus enfermos que hacia por dueños del carbón, estos simpatizantes no estaban en relación con la minoría de médicos importantes radicales que abogaban por un servicio estatal y, por otra parte, en esos momentos no había ningún partido político capaz de establecer contactos entre ellos.

Para los empresarios del carbón, las relaciones que tenían con los trabajadores organizados eran más importantes que las que eventualmente pudieran tener con los médicos que no estaban organizados y eran fácilmente sustituibles al haber un exceso de profesionales. Por eso, estaban, por lo general, más de acuerdo en cooperar con los programas de Ayuda Médica, que ahora controlaban los trabajadores y que servían para apoyar con fuerza a los emergentes sindicatos y a la cultura política socialista. Al darse cuenta de que el trabajo óptimo de los médicos requería que éstos no tuviesen que prestar atención más que a una cosa, en 1905, la Sociedad de Ayuda Médica de Trabajadores de Ebbw Vale dio instrucciones a sus médicos asalariados para que abandonasen su ejercicio de la medicina privada en el área. Apoyados por la BMA a la que se habían afiliado entonces, los médicos desoyeron esta exigencia. El BMJ se negó a publicar convocatorias para ocupar puestos de trabajo asalariados y la BMA amenazó con expulsar a cualquier miembro de la misma que aceptase un salario de la Sociedad de Ayuda de los Mineros con unas bases que aprobara ella misma. La BMA pagaba los sueldos de los médicos despedidos

por la Sociedad y con ello consiguió dar la vuelta a la situación. La Sociedad cedió, y aceptó un límite del 10% de ejercicio privado, pero la BMA estaba en ese momento a la ofensiva, ante el temor de que los programas de servicios mediante salario se extendiesen primero a toda la cuenca minera de Gales y luego al resto de la Gran Bretaña industrial.

La BMA pretendió que todo el dinero se pagase directamente a los médicos autónomos que trabajaban mediante contratos de servicios, eliminado, en consecuencia, la principal ventaja del servicio mediante salario, al volver a poner las inversiones, de nuevo, en manos de los médicos. La Sociedad reaccionó contratando, a médicos que no fueran miembros de la BMA para substituir a las plantillas de facultativos que tenía hasta ese momento. Esto hizo que se plantearan nuevas cuestiones de principio. ¿Cuál era la diferencia entre la solidaridad de los médicos generales empresarios autónomos y la de los trabajadores industriales empleados por cuenta ajena? No hay ningún género de duda de que había una verdadera diferencia, pero este era un asunto más complicado que lo que generalmente se ha reconocido que era.

Desde 1905 a 1913, los médicos y las Sociedades de Ayuda se disputaron la lealtad de las comunidades mineras en Ebbw Vale, impulsadas, en un sentido, por sus vínculos colectivos respecto a su sindicato y en el contrario por sus vínculos con sus médicos – siendo ambas fuerzas substanciales, porque esos médicos vivían en las propias comunidades a las que asistían y, con frecuencia, desempeñaban papeles importantes en momentos críticamente importantes de las vidas de sus pacientes. Los médicos seguían ejerciendo en el área y solicitaban públicamente a sus enfermos que exigiesen el reembolso de las cantidades que habían pagado para poder entregárselas a sus médicos. Con esto se logró que alrededor de un 10% de los miembros de la Sociedad de Ebbw Vale se diesen de baja. Seguida de cerca por el BMJ y por todas las demás organizaciones de los mineros, la disputa siguió haciendo ruido sin una clara victoria de ninguna de las partes hasta 1913, en que la idea de la Ley de Seguro Nacional de Lloyd Geoge empezó a tomar cuerpo²⁸. Con conflictos similares que

surgieron aquí y allí en muchas partes de la cuenca minera, esta ley se convirtió en un tema principal de discusión pública en el sur de Gales, en aquel tiempo la parte más dinámica de la todavía dominante economía británica y la propia base política de Lloyd George. Al redactar la mencionada ley, ciertamente debió tener en mente la resolución de estos conflictos.

Mirado retrospectivamente, el aspecto más importante de este conflicto era si las inversiones en Sanidad para la gente tendrían un control social para que sirvieran a los fines sociales, al ser los ingresos de los médicos una carga dependiente de este fondo social, o los controlarían de forma privada los médicos, como ingresos personales suyos, de modo que toda ulterior inversión para conseguir unos objetivos más amplios proviniese de sus propios bolsillos. La experiencia confirma que, aunque se hubiera obtenido de entrada de los trabajadores, una vez que el dinero entra en los bolsillos de los profesionales, el gasto para cualquier objetivo social tiene que competir con la compra personal de coches, vacaciones y educación privilegiada para sus hijos, y raramente resulta ganador. La situación de concertadores independientes pagados de forma capitativa se ha demostrado que es un modo efectivo de limitar los costes de la atención primaria, a la vez que se deja la responsabilidad de unos servicios consiguientemente escuálidos firmemente en manos de los médicos, en lugar de en manos del Gobierno.

LLOYD GEORGE Y LA LEY DE SEGURO DE 1911

En Gales en la década de 1870, 570 personas de la nobleza y la alta burguesía poseían el 60% del terreno. La aristocracia allí asentada vivía a costa de los derechos sobre el carbón que se había encontrado por casualidad bajo sus fincas y a cuya producción no aportaban ni un solo penique, ni una sola gota de sudor o de sangre. La hostilidad popular hacia esta injusticia proporcionó las bases para una tendencia liberal en todo Gales tan completa como la tendencia laborista que empezó a sustituirla alrededor de 1935²⁹.

Una alianza de mineros, trabajadores de las acerías, empresarios industriales, campesinos propietarios y canteros de la pizarra se enfrentó a la perezosa aristocracia local. Los dirigía David Lloyd George, un modesto abogado de ciudad, en la última batalla de una revolución que había empezado con la Guerra Civil inglesa de 1642. Tras las elecciones de 1906, un Partido Conservador recientemente transformado, industrial e imperial, empezó a suplantar el poder de la nobleza local, atrayendo a importantes industriales a salir del Partido Liberal, al igual que sus trabajadores empezaban a pasarse al Partido Laborista. Desde el resurgir socialista de los años ochenta del siglo XIX, las ideas socialistas habían empezado a competir con éxito con el Liberalismo, desde los Fabianos* próximos a la clase alta, hasta los militantes sindicalistas vinculados a las clases más bajas de la sociedad³⁰. Al darse cuenta de que las bases sociales de la tradición liberal se estaban derrumbando, Lloyd George se embarcó en una serie de reformas sociales que dieron al gobierno liberal unos pocos años más de poder antes de su definitiva extinción y proporcionaron a sus sucesores laboristas su eventual programa para el resto del siglo XX y acabaron con la aristocracia local como fuerza política independiente. Como Ministro de Hacienda, atacó al poder económico de la misma mediante impuestos a las herencias en 1909 y a su poder político en la Cámara de los Lores mediante la Ley del Parlamento de 1911. Por último, estableció las bases para un sistema de pensiones estatales y seguros de desempleo y de salud, mediante su Ley Nacional de Seguro de 1911. Estas tres medidas, en su conjunto, proporcionaron nuevas bases a la aceptación popular de las ideas liberales, molestando de forma mínima al poder y a la propiedad industrial.

Para responder al naciente socialismo, Lloyd George se fijó en Alemania. Bismarck había ilegalizado al Partido Social Demócrata a la vez que le había robado sus políticas sociales más populares de ayudas mutuas, que estaban en la misma línea que las sociedades de amigos y los programas médicos de los mineros del Reino Unido, pero que sostenía económi-

* Miembros de la Sociedad Fabiana ("Fabian Society"), movimiento intelectual británico socialista, cuyo propósito era avanzar hacia esquemas socialistas mediante reformas, no mediante revolución.

camente el Estado. Esta política había tenido cierto éxito. Aunque los socialdemócratas alemanes se habían convertido en el partido socialista más grande y con más influencia del mundo y habían desarrollado una cultura interna globalizadora e independiente que, antes de 1914 parecía estar en vías de lograr el primer estado socialista de la tierra, los esquemas de seguros de Bismarck modificaron los programas socialdemócratas pasando de la idea de la revolución a la de la reforma y ayudaron a conseguir que, a finales del siglo XIX, el legado revolucionario de Carlos Marx pareciera definitivamente mutilado.

Lloyd George intentó algo similar para el Reino Unido, principalmente dar apoyo a los asalariados durante cortos periodos de enfermedad y proporcionar pensiones de jubilación para los cortos periodos de vida que generalmente les quedaban a quienes se retiraban a los 65 años³¹. Incluso desde 1840, la Ley de Pobres había tenido intención punitiva, despojando deliberadamente a los que pedían limosna de sus hogares y pertenencias como condición previa para obtener una mínima ayuda, con objeto de desviar el trabajo rural hacia las minas, los molinos y las fábricas³². Como sabía por propia experiencia, como abogado en una ciudad pequeña, que la enfermedad era una causa primordial de depauperación irreversible, concibió su Ley de Seguro principalmente para evitarla, asegurando unos ingresos de subsistencia de media libra esterlina a la semana a los asalariados durante un periodo máximo de incapacidad de tres meses, a partir de los cuales se quedaba en un cuarto de libra semanal durante otras trece semanas. Pasado este periodo, volvían a caer en la pobreza y en las garras de la Ley de Pobres. Estos beneficios tenían que pagarlos los trabajadores, los empresarios y el Estado mediante cotizaciones semanales obligatorias de 4, 3 y 2 peniques respectivamente (la propaganda que se repartió a los votantes rezaba: "nueve peniques por cuatro peniques")³³. Aunque en la ley se incluía una asistencia médica elemental, la función principal de los médicos en ella era, incluso más que en los programas médicos de los mineros, justificar la selección para los subsidios mediante la certificación de la incapacidad para el trabajo. Una vez más, ello se convirtió en el hecho central del trabajo médico en atención

primaria, alrededor del que había que construir cualquier otra tarea adicional.

Aunque Lloyd George sacó su estrategia de la Alemania de Bismarck, los hábitos sociales que era necesario que arraigasen en suelo británico ya los habían desarrollado los organizados trabajadores industriales y, por encima de todos, los mineros. Lloyd George se limitó a nacionalizar la maquinaria social que ya existía y la extendió a todos los trabajadores que percibían un salario semanal. Esto resolvió algunos problemas, pero creó otros. Eliminó el naciente control de los sindicatos sobre los planes de inversión local en sanidad de los beneficios que se obtuvieran, poniendo fin a todas las experiencias de democracia local participativa que, por otra parte, podrían haber limitado la autoridad de los médicos o del Estado. Además, también destruyó el control social local que previamente había limitado la posibilidad de que se abusase de los beneficios. El seguro estatal se vino a parecer a un impuesto estatal – una suma muy grande, muy remota y muy poco compartida como para merecer el respeto universal que, en su momento, se otorgó a las ayudas mutuas que se quedaban a nivel local y se organizaban a ese mismo nivel. Quienes gestionaban el sistema de ayudas mutuas tenían poco respeto por parte de sus comunidades, pero nunca se les tachó de ladrones.

LA OPOSICIÓN A LA LEY DEL SEGURO EN 1912 Y AL NHS EN 1948

Por medio de la BMA, la profesión médica organizada puso en marcha una oposición furibunda contra estos dos pasos históricos que pretendían convertir el ejercicio médico en un servicio público, en lugar de ser un negocio. En 1911 la oposición la dirigieron los más importantes miembros de la profesión, los consultores de los hospitales docentes de Londres, Edimburgo y unas pocas grandes ciudades más, que dominaban la BMA en ese momento. Los respaldaban médicos generales veteranos que

dominaban y explotaban a sus muchos ayudantes jóvenes que aún no se habían situado³⁴. En 1948, la cumbre de la profesión capitaneó una resistencia similar, se trataba de los médicos generales bien situados, principalmente los que tenían grandes clientelas en zonas industriales, que habían substituido a la BMA. Los consultores especialistas se concentraban en sus propios intereses en los Colegios Reales de Médicos, Cirujanos y Obstetras-Ginecólogos (“Royal Colleges of Physicians, Surgeons, Obstetricians and Gynæcologists”). No encontraban ninguna alternativa a aceptar a regañadientes las condiciones generosas que les ofrecía Bevan y, en el sentir de la mayoría de los médicos generales de la época, traicionaron a sus colegas al estar de acuerdo en trabajar en los hospitales del NHS.

Un enorme misterio rodea a estos dos sucesos similares. En ambas ocasiones, bastante más del 80% de los médicos generales rechazaron la nueva legislación que ya había aprobado de manera aplastante tanto el Parlamento como el electorado. En ambas ocasiones, mayorías similares de médicos declararon que su trabajo iba a ser imposible con las nuevas legislaciones, que se iban a negar a ejercer bajo las mismas y que, por tanto, las leyes se vendrían abajo al no ser susceptibles de cumplirse en la práctica. En ambas ocasiones, en la práctica, todos los médicos estaban trabajando conforme a las correspondientes legislaciones al cabo de unos pocos días o semanas de las fechas de sus entradas en vigor y las huelgas de médicos con que habían amenazado nunca se materializaron. En ambas ocasiones, una gran mayoría de médicos había logrado ganar, a la vez, más dinero y más seguridad, gracias a esas leyes y, de hecho, lo hicieron a partir de las mismas. En ambas ocasiones en el momento en que la oposición médica había alcanzado su nivel máximo, ningún partido político sino solamente los sectores más reaccionarios de la prensa osaron apoyar la posición claramente imposible de la BMA³⁵. ¿Por qué lo hicieron, pues?³⁶

En ambas ocasiones, la respuesta básica se encuentra en el sentido de propiedad que tenían los médicos generales de esos momentos. Las dos

veces creían que, sin ser dueños de la Medicina como negocio y tener el control sobre su práctica, iban a perder la propiedad y el control de sus propias vidas, de sus trabajos y de su futuro como una profesión que, desconfiadamente, pero de manera inexorable, se encaminaba hacia lograr un fundamento científico para todo su trabajo. Sir Clifford Albutt, un consultor de hospital docente puntero e innovador, con un fuerte, aunque señorial, sentido de la responsabilidad social, escribió sobre este asunto en la siguiente carta a The Times . Acusaba a Lloyd George:

“...de cierta vaga noción de los clubs de pueblo... ‘tome la combinación, bébala de manera habitual, y póngase bien si la Naturaleza le deja...’ El tratamiento de las enfermedades es, tanto de entrada como de salida, cuestión de buscar un diagnóstico... el hombre que nos abandona para instalarse en su consulta está instruido en todos esos métodos; puede analizar la sangre, contar y comparar sus corpúsculos; puede llevar a cabo los análisis bacteriológicos elementales; puede medir los componentes químicos de las secreciones y las excreciones; tiene habilidad en el uso de instrumentos de precisión, de esfigmomanómetros, de oftalmoscopios, laringoscopios y otros endoscopios... Ahora, si vamos a considerar que el médico general va a ser una mera estación de paso y que toda enfermedad de importancia tiene que ser enviada a alguna institución central, ¿no es esto descorazonar a nuestros muy eficientes estudiantes y degradar su carrera de Medicina? Digámoslo como queramos, el ejercicio por contrato tendrá menos valor en la estima del público y será de menos eficiencia y mucho menos humano... impulsémosles de nuevo hacia la rutina pasada de moda y a un servicio mal remunerado y, por tanto, infravalorado... Hay que admitir que, *donde los equipos cargaban con la mayor parte de las consultas, el trabajo era muy superficial y quedaba en manos de hombres superficiales...* La solución no es hacer contratos, sino pagar por el trabajo que se haya hecho con una tarifa establecida general (Las cursivas son mías)³⁷.

Albutt asumía que la innovación y la inversión clínicas dependían de que los médicos fueran dueños del negocio de la Medicina y del acceso de los médicos generales al ejercicio hospitalario, porque éste parecía ser el único punto que había que desarrollar en el campo de los nuevos conocimientos médicos, que se concebían casi por completo en términos de

intervenciones clínicas personales y reparaciones del cuerpo. En esta época que era de importancia crítica, en la que la formación de los médicos en todo el mundo estaba desarrollando su estructura moderna, las dos figuras más importantes en la Medicina de habla inglesa eran Sir Clifford Albutt y Sir William Osler. Aunque se los consideraba los más grandes médicos del mundo angloparlante de la época, ambos insistían una y otra vez en la preeminencia de la salud Pública en el sentido de que tendría mucho mayor impacto en la salud que las actuaciones clínicas personales, pero esto no es lo que querían oír sus audiencias más influyentes, ni lo que ellos mismos se sentían capaces de poner en marcha. La Salud Pública era una acción social y, por lo tanto, estaba evidentemente fuera de su competencia, mientras que las actuaciones clínicas daban a los profesionales sin duda algo útil que hacer forma más o menos reconocible de bien de consumo y, por tanto, susceptible de que se pagara algo a cambio de ellas, incluso si los datos científicos mostraban que dichas actuaciones eran mucho menos efectivas.

El los últimos años previos a la Segunda Guerra Mundial, los médicos generales británicos llevaban a cabo un promedio de tres intervenciones quirúrgicas a la semana, casi todas de forma privada y, en su mayoría, en pequeños hospitales³⁸. Como una gran mayoría no hacía ningún tipo de Cirugía, los que la hacían, la hacían mucho más de tres veces por semana. A estos médicos generales cirujanos se les expulsó de todos los hospitales del NHS, excepto de unos pocos, a partir de 1948 y los substituyeron cirujanos profesionales totalmente preparados. En una carta a *The Lancet*, titulada “La decapitación de la Medicina General”, tras diez años del nacimiento del NHS, Erich Geiringer repetía casi exactamente el argumento de Albutt, basándose esta vez en la experiencia de entre las dos guerras mundiales:

“La mala práctica... que se originó al principio de este siglo, en parte por los intentos genuinos de proporcionar algún tipo de servicio por parte de los médicos generales a los pobres y en parte como consecuencia del sistema de plantillas.. Con el método de pago mediante una suma de dinero fija por cabeza, este tipo de medicina de pobres es todavía rentable y no

está confinada como antes a los más pobres de la comunidad... un sistema de pago por acto médico... eliminaría a los médicos generales en unos pocos años. La verdadera tragedia de la situación actual consiste en el proceso imparable de hospitalización pasiva que obliga incluso a los mejores médicos generales a hacer mala Medicina... El atractivo de un sistema de pago por acto médico es que rehabilitaría automáticamente la medicina general, simplemente por el efecto de las leyes económicas... [sería] un semillero de abusos, pero, al menos, permitiría que sobreviviase la buena medicina”³⁹.

LOS GENERALISTAS, UNA ESPECIE AMENAZADA

En Francia, Alemania, Holanda y, sobre todo, en Estados Unidos, encontraron Albutt y Geiringer el sistema de pago por acto médico que deseaban, con el resultado, que era de prever, de que a mediados del siglo XX, los “especialistoides” (especialistas sin una base hospitalaria significativa) aumentaron en número y en riqueza y los médicos generales se estaban convirtiendo en una especie en peligro ⁴⁰. Cualquier médico que reclamaba tener especialización clínica deseaba meter al menos la punta del pie por la puerta de un hospital local, sin lo que sus reclamaciones de ser considerados y pagados como especialistas eran a duras penas creíbles. Hasta los años sesenta la inminente extinción de los médicos generales a muchos les parecía la consecuencia lógica de su obsolescencia y redundancia respecto a cualquier tarea médica seria. Para ser un auténtico médico, había que mirar a un hospital.

Entonces como ahora, los políticos, buscando ideas para el futuro, viajaban a Estados Unidos para ver lo que iba a suceder en otro lugar. La proporción de médicos generales había caído de un 76% en 1940 a un 36% en 1965, en su mayoría eran viejos y el 40% de los ciudadanos de Estados Unidos ya no tenía un médico de familia ⁴¹. Cada parte del cuerpo tenía su propia legión de especialistas, cuyo número dependía de la suma de honorarios que los alimentaban, que competían entre sí⁴², pero, en general, había menos personas que tuviesen un médico generalista que volviese a juntar todas esas partes para hacer una historia comprensible y responsa-

bilizarse de la misma. Las consecuencias económicas fueron espantosas. Los costes de la medicina estatal en Europa y de la subsidiada por el Estado en Estados Unidos se disparaban cada año mucho más deprisa que la tasa general de inflación. Sólo Gran Bretaña parecía haber descubierto cómo controlar los costes, prestando con mucho el mismo servicio clínico pero gastando menos del 6% de su PIB para hacerlo, comparado con alrededor de un 9% en otros países europeos occidentales y más del 12% en Estados Unidos⁴³. Las diferencias principales parecían ser que Gran Bretaña tenía todavía médicos de familia que se comportaban como generalistas y como “porteros” para asegurar la derivación razonada a los especialistas hospitalarios, ninguno de los cuales tenía interés económico en hacer propaganda de su mercancía a los consumidores, y que la financiación mediante impuestos generales evitaba los costes administrativos de los a menudo extremadamente fragmentados sistemas nacionales de seguro⁴⁴. A pesar de Albutt y Geiringer, la medicina general bajo el NHS había prosperado como ninguna otra, aunque los médicos generales parecían haber perdido todas aquellas características esenciales para el trabajo clínico independiente.

RENACIMIENTO DE LA MEDICINA GENERAL

Expulsados de sus hospitales y separados de aquellas especialidades que dependían de la organización, las plantillas y la tecnología que sólo los hospitales parecían ser capaces de proporcionar entonces, los médicos generales del NHS se vieron obligados a buscarse nuevas tareas. Liberados de tener que buscarse honorarios en lugar de problemas que necesitasen solución, los médicos generales más innovadores encontraron una gran cantidad de problemas serios que no había abordado ninguna plantilla médica bien preparada. Estos “nuevos” problemas eran principalmente los que se resaltaron en los primeros capítulos de este libro – los síntomas precoces de enfermedades previas a los estadios terminales de las mismas que se reconocían en las facultades de Medicina, las interacciones complejas entre el cerebro y otros sistemas y órganos, entre los

problemas biológicos y sociales y entre diferentes enfermedades en el mismo enfermo y todos los problemas considerados bien demasiado triviales para justificar la atención del especialista, bien demasiado difíciles para ellos y, en consecuencia, mejor endosados a algún otro individuo. Los pioneros de la medicina general del NHS que definieron este nuevo conjunto de actividades, en su mayoría entre 1960 y 1980, establecieron criterios mundiales para lo que acabó siendo reconocido como una nueva especialidad – la de generalista comunitario, cuya base principal eran las habilidades de comunicación y el conocimiento del comportamiento fisiológico y social, en lugar de serlo el dominio de la tecnología⁴⁵.

Evidentemente, no era necesario ser el propietario de un servicio público para trabajar bien. Los médicos generales trabajaban, de hecho, de una manera más imaginativa, como contratistas de una franquicia del Estado que lo que lo hacían como esforzados empresarios. Quizá hubiesen trabajado aún mejor si hubieran podido ser relevados por completo de la tarea de gestionar un negocio y se les hubiera permitido concentrarse en el trabajo que querían hacer y para el que estaban preparados -tal como ya habían sido capaces de hacer los médicos en Tredegar y Rhymney en 1912 y sus sucesores asalariados están empezando ahora a hacer en los pequeños grupos de ejercicio profesional con salario que ahora ha establecido la Asamblea de Gales en casi exactamente los mismos sitios.

EL HECHO DE SER DUEÑO AFECTA TANTO A LA DIGNIDAD COMO A LA PROPIEDAD

En un escrito de 1993, Andrew Wall tuvo que decir lo siguiente respecto a ser dueños, no de la propiedad, sino del trabajo, en las nuevas condiciones impuestas por la separación entre compradores (financiadores) y proveedores en el NHS (un primer paso en la transición, todavía en marcha, del NHS desde ser un proveedor de servicios y empleador de los miembros de sus propias plantillas hasta convertirse en un comprador de servicios a un amplio conjunto de contratistas competitivos, entre los que están las agrupaciones de proveedores que trabajan para obtener beneficios)

“Los beneficios de la separación Compradores-Proveedores, que ahora parece como si fuera el evangelio de los servicios públicos del mundo occidental, no son en absoluto evidentes por sí mismos. Las organizaciones necesitan tener la capacidad de aprender que tienen que ser flexibles y adaptarse a las circunstancias. A un nivel muy básico de trabajo, cualquier individuo, de cualquier nivel jerárquico, tendrá ideas de cómo puede hacerse de manera diferente y mejor su tarea. *La Separación Compradores-Proveedores introduce algo inherentemente antinatural porque hay una división forzada entre quienes hacen el trabajo y quienes lo planean... Las personas y las organizaciones están motivadas por la perspectiva de ser capaces de tener una voz que cuente en lo que concierne a su futuro. Robémosles esto y se convertirán en grises y sin imaginación y, por último, en obstruccionistas, intentando sólo recuperar algún sentido de poder*” (las cursivas son mías)⁴⁶.

Wall escribía a propósito del NHS, pero su conclusión es aplicable a todo tipo de trabajo en cualquier campo. Cualquiera que se interese por el futuro de la sociedad debe grabarse en la memoria las últimas seis líneas de esta cita. Afectan al núcleo de la percepción fundamental más importante de Marx, la división de la mente que implica toda producción orientada a satisfacer las demandas del mercado en lugar de las necesidades humanas. Esta división, que Marx llamó alienación, ha aumentado la productividad de bienes de consumo hasta niveles sin precedentes, pero desprovéyendola del marco social que, en su momento, logró que persistiera por lo menos a una humanidad condescendiente; arrastra por los suelos la creatividad y el respeto de uno mismo hasta niveles sin precedentes, llenando nuestras prisiones con una juventud alienada y envenenando las mentes de las gentes con el miedo a sus vecinos. En este sentido -y sólo en este sentido- todos los que hacen funcionar cualquier proceso de producción desean y necesitan seguir siendo dueños de su trabajo y controlándolo o recuperar dichas posesión y control y, por tanto, su prestigio en la comunidad, su respeto a sí mismos y su dignidad.

Nadie ha renunciado nunca voluntariamente al control sobre su propio trabajo. Cuando los campesinos ingleses, escoceses, galeses e irlandeses dejaron de tener que dedicarse al campo y se lanzaron a las minas, a los

molinos y a las fábricas en los siglos XVIII y XIX, lo hicieron por las mismas razones que lo hacen hoy en día los chinos, indios y vietnamitas: no pueden ya ganarse ni siquiera el sustento viviendo en la tierra que poseen o en la que comparten con otros miembros de la comunidad. El trabajo en la fábrica fue su único medio de escape de una economía rural que se derrumbaba. Nadie quiere un jefe. Suponiendo que conozcan y entiendan el producto que se supone que producen, la manera en que han de producirlo debe concernirlos a ellos mismos, porque quienes están a pie de obra tienen las ideas más efectivas sobre cómo debe hacerse su trabajo de una forma diferente y mejor. Sólo esto les da, a sus propios ojos y también en su comunidad, dignidad y prestigio social. Los médicos temían perder su control sobre su trabajo, de la misma manera que los tejedores de los telares de seda del siglo XVIII, cuando las máquinas les convirtieron de artesanos expertos en obreros inexpertos.

La idea de Albutt de la “atención médica superficial por parte de hombres superficiales” era una descripción precisa de la asistencia que prestaban la mayoría de los médicos generales en la mayor parte de las áreas industriales británicas bien entrados los años ochenta del siglo XX⁴⁷. La mayor parte de la medicina general innovadora que había nacido en los años sesenta se concentraba allí donde era más fácil hacerlo, en las prósperas ciudades comerciales o universitarias y en los florecientes suburbios. En los sitios donde ocasionalmente tenía lugar alguna innovación, en los guetos industriales o del centro de las ciudades, la misma era gracias a evangelistas comprometidos que estaban dispuestos a derrotar a la tradición de superficialidad con un trabajo desinteresado, a menudo hasta límites insostenibles, para crear algo mejor.

Sin embargo, Albutt, Geiringer, la gran mayoría de sus contemporáneos que estaban de acuerdo con ellos y los médicos generales que aún se aferraban a la situación de prestadores de servicios mediante contratos independientes, estaban equivocados fundamentalmente de cuatro maneras:

1. Asumían que ser dueños de su proceso de trabajo, como una responsabilidad personal era necesariamente equivalente a poseer la sani-

dad como una propiedad comercial (o, como ellos prefieren llamarla siempre, profesional). Había, y todavía hay, poca evidencia de que el hecho de que los profesionales como tales, sean los propietarios de cualquier nivel de asistencia asegure la calidad del mismo. Hay mucha evidencia, derivada de nuestra propia experiencia, de que ser dueños del proceso de trabajo, pero *en calidad de responsables del mismo*, es esencial para la motivación y para el razonamiento clínico eficaz y eficiente. Estas dos formas de ser dueños -en calidad de propietarios o de responsables del proceso del trabajo- hay que entenderlas como totalmente diferentes y, a fin de cuentas, opuestas entre sí, si nuestro objetivo es servir a comunidades en su conjunto. Ser dueños, en calidad de propietarios, es, en el mejor de los casos, irrelevante para progresar, y, en el peor, el obstáculo más serio.

2. Ignoraban el efecto que el pago por acto médico podía tener en la consolidación de un modelo de tipo proveedor-consumidor para asistencia sanitaria, al frenar el desarrollo de responsabilidades sanitarias públicas y el de un modelo de asistencia con colaboración, por medio del cual, los enfermos podrían convertirse en coproductores. Sin embargo, aunque los métodos de pago capitativo dieron lugar a la existencia de poblaciones estables inscritas en las listas de enfermos de cada médico y, por tanto, a la posibilidad de una atención preventiva planificada y auditada para la totalidad de las poblaciones, a duras penas, un puñado de médicos generales del NHS la puso en práctica hasta que el gobierno redactó nuevos contratos para recompensar a quienes lo hicieran y sancionar a los que no.
3. Ignoraban las consecuencias positivas sobre la motivación profesional y el reconocimiento público de cualquier sistema, por muy primitivo que fuera, que englobara bien a la mayor parte de la gente mediante un seguro nacional o bien a todo el mundo mediante un NHS.
4. Por último, estaban equivocados respecto al control por parte del pueblo llano. Ignoraban la posibilidad de que, en el terreno de las

políticas sanitarias, no en el de las decisiones clínicas individuales, la gente llana a menudo tuviera una visión más amplia que los médicos, así como que, con las aportaciones substanciales de los ciudadanos de a pie, la sanidad pudiera ser más imaginativa y de más amplias miras que basada en cualquier monopolio médico y que el respeto del público hacia la ciencia médica y de enfermería pudiera ser mucho más fuerte de lo que ellos temían.

En 2005, estos asuntos están perdiendo su significado, tanto para los médicos, a quienes las circunstancias han obligado a reconocer una verdad que hace tiempo que era obvia para cualquier otra persona, así como para los gobiernos, para los que el monopolio profesional representa ahora un residuo precapitalista que obstaculiza el libre juego del mercado, en el cual el control por parte de los ciudadanos de a pie se manifiesta a través de las exigencias de los consumidores. Para los ciudadanos y los profesionales del NHS, sin embargo, el desarrollo de formas nuevas y democráticas de control popular sigue siendo, con mucho, el aspecto más importante y por el que deben eventualmente luchar para que se coloque en los primeros lugares de la agenda política.

LA TITULARIDAD DE LOS HOSPITALES

La decisión estratégica crucial de la revolución de Aneurin Bevan de 1948 fue la nacionalización de los hospitales. Esta iniciativa era exclusivamente suya, inesperada y contraria a las perspectivas y expectativas de prácticamente todos los demás miembros del movimiento laborista de la postguerra⁴⁸. Charles Webster, oficial e historiador preeminente del NHS y George Godber, su arquitecto principal en el servicio médico civil, entendieron que ésta era la característica principal del NHS que aseguraría su éxito – y el Nuevo Laborismo ha entendido que su eliminación es esencial para retornar a un servicio que funcione como mercado. Un NHS planificado de manera central no puede privatizarse.

Bevan tenía mucha más confianza que sus compañeros de Gobierno o la prensa en que ganaría en su confrontación con la British Medical Asso-

ciation (BMA). Se dio cuenta de que el centro de gravedad de la profesión se asentaba, en ese momento, en los especialistas hospitalarios, no en los médicos generales. Los especialistas sólo podían trabajar de manera efectiva en los hospitales, con equipos complejos y con un respaldo logístico y técnico que los empresarios médicos individuales no podían proporcionar. Todos los hospitales, que estaban al borde de la bancarrota o sumergidos en ella, siguieron funcionando durante la guerra (como mucha de la restante desmoronada industria británica) mediante subsidios y regulación de Gobierno. La nacionalización no implicaba su confiscación, sino la transferencia al Estado de activos hipotecados, por los cuales no se había pagado nada durante muchos años. Los médicos consultores y especialistas sabían en qué terreno se movían. Sin ayuda del Gobierno, no podían existir hospitales solventes. No tenían más opción que colaborar y lo hicieron, aunque en general, públicamente, lo hicieran a regañadientes. Su jefe, Lord Moran estaba radiante del excelente acuerdo que había logrado, gracias al cual, los consultores serían considerablemente compensados de las pérdidas que se suponía que iban a tener en sus consultas privadas (lo que nunca se materializó para la mayoría de ellos) y se les concedía un derecho absoluto a seguirlos haciendo en los hospitales del NHS, además de sus ya considerables salarios. Obtuvieron un control efectivo sobre los gerentes de los hospitales y sobre las inversiones en cada una de las especialidades que competían entre sí, garantizándose que ciertas especialidades esenciales, pero no brillantes, como la Geriátrica y la Psiquiatría se quedarán cuidadosamente en los peldaños más bajos de la escala de plantillas y en los últimos puestos de la cola de los recursos ⁴⁹.

El NHS transformó los hospitales británicos, no sólo porque se construyeron unos nuevos (ninguno hasta los años sesenta), sino porque se redistribuyó el trabajo médico acabando con su previa concentración en las ciudades ricas y llevándolo allí donde se necesitaba proporcionar asistencia de todas las principales especialidades, en cualquier lugar de Gran Bretaña. Ningún tipo de mercado podría haber llevado a cabo nunca esta tarea, ni siquiera lo hubiera intentado, como lo ha confirmado la experiencia en Estados Unidos.

Poco cambió en la atención primaria a partir de 1948, salvo una carga de trabajo mucho mayor, puesto que la asistencia era ahora gratuita para toda la población y ahora había facilidades para derivar a los especialistas, incluso fuera de Londres y de otras ciudades con hospitales docentes. Parece como si Bevan hubiera compartido la creencia general de sus contemporáneos de que todas las decisiones clínicas significativas dependían de los especialistas hospitalarios, no de los médicos generales. Esto probablemente reflejó su experiencia personal, tanto en Ebbw Vale y Tredegar como después en Londres. Parece ser que los especialistas a quienes trató le hubieran impresionado, quizá porque tenían una cierta conexión con la ciencia médica que avanzaba rápidamente en ese momento. Pocos médicos generales parecía que tuviesen este tipo de conexión. En 1948, los médicos generales habían pedido que se les dejase solos, de modo que Bevan los dejó solos. Aunque sus funcionarios habían preparado planes para establecer una red nacional de centros de salud, siguiendo el modelo de las policlínicas soviéticas, que habían despertado muchas expectativas para el futuro entre muchos de los médicos. Respecto a la BMA, en su plebiscito de 1944, Charles Hill, el secretario de la asociación y médico radiólogo, que dirigió a los facultativos para que estuvieran en contra del NHS, dijo de los médicos generales con desdén que eran “Rubias platino en despachos chapados de cromo”. De este modo, la mayor parte de la atención primaria en el NHS se les dejó a los médicos generales, con una función de “guardianes de la tienda”, para que se estancaran durante otros dieciocho años de ingresos máximos y gastos mínimos y con unos departamentos de Salud Pública de los ayuntamientos que se hacían cargo de todas las funciones sociales necesarias que los médicos generales consideraban demasiado poco rentables como para llevarlas a cabo. Los pediatras comunitarios, las matronas, las enfermeras domiciliarias y las de Salud Pública, trabajaban de forma totalmente aislada de los médicos generales e incluso la tarea de lograr que se entendiera el concepto de atención primaria se hacía muy cuesta arriba. Toda inversión y ampliación sería iba para equipamiento y plantillas hospitalarias y se esperaba que toda innovación clínica provendría de esta fuente.

La nacionalización significó que el estado se convirtió en el titular legal de todos, salvo un pequeño puñado de hospitales, pero el poder -de hecho la verdadera propiedad de los hospitales, como se percibía en ellos mismos y, por lo menos, lo toleraban los políticos y el público- seguía siendo de los consultores hasta la era neoliberal posterior a 1979⁵⁰.

TITULARIDAD DEL NHS

La industrialización y la comercialización del NHS desde la llegada al poder de Thatcher en 1979, implicó que la titularidad de la atención médica, por la que los médicos habían luchado primero con los trabajadores organizados a nivel local y luego con el Estado a lo largo de cientos de años, pudo acabar por estar no en manos de los médicos ni de los trabajadores, ni del Estado, sino de grandes compañías multinacionales que funcionan para lograr las máximas ganancias para sus accionistas, de modo que cualquier contribución a la salud sea un producto colateral. Todos los principales partidos políticos con implantación se están poniendo de acuerdo en que, en tanto en cuanto consumidores, a los enfermos puede que no les importe a quién pertenece el NHS. Todo lo que podrían desear es que haya un servicio rápido y excelente, junto con unos impuestos bajos. Como quiera que esta promesa es intrínsecamente falsa, los votantes tienen que aceptar que podría llevar al final del NHS. Ningún político destacado admitirá ser culpable de tal crimen, pero todos conspiran en la actualidad a tal fin, a espaldas de sus votantes.

La comercialización de los servicios públicos es un proceso de carácter mundial. Cada nación a la que puedan acceder inversión y desinversión globales a través del Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Mundial del Comercio (OMC), consigue que sus políticas se apliquen a través de la normativa del Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio (AGTC, más conocido por su sigla inglesa GATT). Aunque se crearon en 1946, como agencias de la Naciones Unidas, las tres instituciones están controladas por los Estados Unidos, que representan los intereses de los inversores más ricos y extien-

den sus mercados hasta ocupar terrenos tradicionalmente reservados a la propiedad colectiva, a través del Estado. Aunque a los votantes se les han contado argumentos diferentes en los diferentes países, la motivación es la misma en todas partes: expandir el ámbito de las inversiones rentables por parte de las empresas multinacionales (establecidas principalmente en Estados Unidos) y transformar los servicios sanitarios nacionales, partiendo de su papel tradicional como planificadores y prestadores de un servicio público, en meros compradores al por mayor en un mercado sanitario⁵¹. El gobierno de los Estados Unidos que se niega a rendir cuentas de sí mismo o de sus ciudadanos ante cualquier tribunal internacional y se ha excluido de manera unilateral de todos los tratados internacionales que limitan sus armas o cómo han de usarse las mismas, usa su poder en estas instituciones económicas internacionales para substituir las tradiciones de servicios públicos por sus propias éticas comerciales..

Antes de que gran parte del público de a pie entendiera lo que estaba sucediendo, los médicos británicos, dirigidos por la British Medical Association (BMA), los Reales Colegios (principalmente el Real Colegio de Médicos de Londres), la Federación de Apoyo al NHS y la Asociación de Médicos Consultores del NHS, se implicaron en una gran campaña pública para defender al NHS. La BMA puso a la opinión pública de su lado, con el lema: “¿En quién confías, en el Gobierno o en tus médicos?”. Como conocía las limitaciones de su enemigo, Kenneth Clarke se mantuvo firme. El Partido Laborista, incluso cuando estaba en la oposición, evitó actuar conjuntamente con los médicos⁵², pero la opinión pública apoyó contundentemente a la BMA y muchos periodistas influyentes hicieron lo mismo.

A la vista de la posibilidad de una victoria inminente, la BMA y los Reales Colegios Médicos pareció que no tenían ni idea de qué hacer a continuación. Aunque la profesión médica había pasado sorprendentemente de oponerse al NHS en 1948 a defenderlo enérgicamente en los años ochenta, trabajar con al apoyo de las masas en una alianza con los enfermos y con otros sindicatos del NHS fue, y sigue siendo, impensable

para esta generación de líderes. En noviembre de 1994, la BMA y los Reales Colegios acordaron tener una reunión en la cumbre sobre los valores esenciales, en la que se anunciaron los términos en los que estaban dispuestos a llegar a un acuerdo con el Gobierno. El discurso clave lo pronunció Sir Maurice Shock, antiguo rector del Lincoln College de Oxford, un verdadero pilar de la clase dirigente médica (pero, curiosamente, no médico). En el *British Medical Journal* (BMJ) el discurso se publicó en los siguientes términos:

“Los médicos británicos no estaban preparados para la “*Blitzkrieg*”*, declarada por la derecha, que los abrumó a finales de los ochenta... Parecían imaginar que todavía estaban viviendo en el mundo de Gladstone, de mínimo gobierno, autorregulación benigna y Estado en modesta autorretirada... [pero ahora], en lugar de los derechos del hombre, tenemos los de los consumidores, el contrato social ha dado paso al contrato de comercio y, por encima de todo, se ha alimentado al electorado con promesas políticas... sobre niveles de vida y de servicios públicos cada vez más altos... Los médicos no pueden nadar a contracorriente y deben reconocer que la actual es una época de capitalismo regulado en la que se corteja y protege al consumidor y se le anima a que sea autocrático y esté convencido de su poder... Los médicos han de estar dispuestos a ensuciarse las manos tomando decisiones sobre asignación de recursos, deben hablar con autoridad y sensibilidad al consumidor... Si los propios médicos se organizan de esta manera, el Gobierno tendrá que trabajar con ellos, porque una “*Blitzkrieg*” puede conquistar, pero no ocupar”⁵³.

Este tipo de momentos de franqueza es raro. La elección de esta metáfora histórica por parte de Sir Maurice revela una pasmosa ignorancia de lo que la misma significaba para cualquiera que fuese consciente de la historia del siglo XX en Europa, tal como se les presentó a quienes de hecho experimentaron sus consecuencias⁵⁴. En el sentir de Sir Maurice la profesión médica tenía, en cierto modo, que recuperar su papel como fiel sirviente de la minoría que manda, incluso después de que se la hubiera

* “Guerra relámpago”, en alemán. Se refiere a la guerra por sorpresa que, con esta denominación, introdujo Hitler. (*N. del T.*)

desechado, por superflua, para una economía que ya no se veía amenazada por ninguna alternativa creíble⁵⁵.

Era obvio que había una estrategia alternativa y, hasta cierto punto, ya había funcionado. Si los médicos se hubieran mantenido firmes y hubieran dejado claro que estaban dispuestos a actuar de manera conjunta con el Real Colegio de Enfermería, con el UNISON* y con otros sindicatos del NHS, podrían haber conservado un aplastante apoyo público. Incluso el Partido Laborista hubiera reconocido probablemente, en ese caso, que se trataba de una fuerza que no podía permitirse seguir ignorando. De hecho, el hecho de enfrentarse los laboristas con un Gobierno fuerte, decidido a dirigir, no a seguir, a la opinión pública, puesto en retirada por un ejército aún más fuerte -como eran en realidad la suma de la BMA, el Real Colegio de Enfermería, los sindicatos del NHS, junto con la mayoría de la opinión pública y la oposición laborista- se les convirtió en una derrota. La sugerencia de Sir Maurice Shock de una capitulación humillante y una alianza con un gobierno comercializador, contra el público, como si se tratara de un colectivo de consumidores exigentes, significó exactamente eso. La Blitzkrieg ha continuado su avance desde entonces y ha consolidado su dominio sobre los intelectuales británicos y los grupos dirigentes de los medios de comunicación. Aparte de los pocos activistas de la Asociación de Médicos Consultores del NHS y de la Federación de Apoyo al NHS, la resistencia médica ha consistido, hasta el momento, en un continuo comerse el coco, aunque en 2005 puede que estemos al borde del cambio. En su reunión anual de representantes, en junio del 2005, la BMA aprobó por unanimidad una moción que pedía al Gobierno que pusiera más énfasis en la colaboración y menos en la competencia dentro del NHS, pero ignoró cualquier propuesta de juntarse con otros sindicatos para hacer campaña a favor del retorno a un servicio público planificado, la única acción que podría haber hecho que esta solicitud fuese efectiva. En la misma reunión, la Ministra de Sanidad, Patricia Hewitt, concedió

* Uno de los sindicatos más importantes del Reino Unido, al que están afiliados muchos trabajadores públicos. (N. del T.)

con facilidad las demandas de la BMA de que se autorizase a los médicos del NHS a competir con ellos mismos en horas extraordinarias en el sector privado, cuando hubiesen cumplido con los requerimientos de sus contratos con el NHS. El Gobierno ya no contempla la búsqueda simultánea de beneficios y de servicio público en las mismas manos como un conflicto de intereses.

¿POR QUÉ VA A SEGUIR AUMENTANDO LA TITULARIDAD PÚBLICA DEL NHS?

El ofrecimiento de colaboración de Sir Maurice Shock fue el final de una era cuyo destino estaba ya marcado por la derrota final y completa de los mineros británicos en 1985 y el colapso, en 1990, de los experimentos en el socialismo del siglo XX. Sin embargo, todavía existe en el NHS una economía alternativa embrionaria. Probablemente seguirá creciendo incluso en medio de las condiciones cada vez peores de corrupción y consumismo promovidos por el Estado. Incluso crece en Estados Unidos donde la organización social de la sanidad es más primitiva y no hay una experiencia amplia de ninguna alternativa, por lo tanto, casi con seguridad, va a crecer en Gran Bretaña.

Esta nueva economía embrionaria en el núcleo central del NHS depende del crecimiento de un elemento que siempre se dio en ella, pero que sólo recientemente y de forma lenta se ha reconocido -el poder y la necesidad de los pacientes actuando como coproductores-. La idea de un NHS propiedad de la gente tiene que tomarse más en serio y considerarse en términos más materiales. Liberadas de todo tipo de respeto y consideración hacia los médicos, las expectativas del público se convierten en una fuerza irresistible, que proporciona los elementos iniciales de la obligación democrática de rendir cuentas, que puede mantenerse y expandirse rápidamente. Si el hecho de votar continua limitado por planes que se imponen desde arriba, esta fuerza se desviará hacia el consumismo, pero esta estrategia, que comparten los dirigentes tanto del Nuevo Partido Laborista como los del Conservador, quizá acabe por fracasar, al menos

en el contexto del servicio público residual que siempre hace falta para atender a necesidades no generadoras de lucro de los estratos no rentables de la sociedad. El sector privado de la sanidad no puede prosperar sin que exista un NHS residual para hacer el trabajo que no quieren hacer los inversores del primero, incluyendo en ellos no sólo la atención en masa de los pobres, sino también la atención muy especializada para los problemas raros incluso en los que son muy ricos. A pesar de un deslizamiento de un término medio de un 4% hacia los conservadores en las elecciones generales de mayo de 2005, bastantes votantes que rechazaron las políticas neoliberales en 1997 rechazan todavía al Partido Conservador, aun cuando los Neolaboristas hayan desarrollado en el NHS todas las políticas del programa conservador en lugar de las de sus propios congresos anuales o las de los Foros del Partido, que se ofrecen a los miembros del mismo como alternativas simbólicas para votarlas en los congresos. Aún conservamos la economía del NHS como una fuerza potencialmente independiente, terriblemente dañada y, en gran manera, hipotecada a los contratistas privados, pero con enormes reservas sociales, hasta ahora no utilizadas, y un parlamento que todavía tiene poder para hacer algo que realmente desea hacer, cuando llegue a él una generación que descubra de nuevo la confianza en la democracia activa y participativa ⁵⁶.

A pesar de su avance sin pausa, la deriva hacia la industrialización y la comercialización de la sanidad conlleva en su interior debilidades y contradicciones. Sencillamente, no está generando los ahorros en costes ni las mejoras en calidad que confiadamente predecían sus diseñadores. El coste mucho más elevado y la menor capacidad en número de camas de los proyectos de hospitales de Financiación por Iniciativa Privada (PFI) comparados con los de los financiados tradicionalmente por el Estado, está siendo cada vez más aparente para los miembros del Parlamento y para los concejales de los gobiernos municipales que estaban alineados con la oleada de privatizaciones a las que les había obligado el neolaborismo. Los efectos sobre el acceso a la atención que ha tenido la sustitución del servicio público por los mercados de la salud en el mundo de fuera de Europa y de los Estados Unidos, incluso han convulsionado a sus

autores del Banco Mundial⁵⁷. El capitalismo de Henry Ford era convincente porque sus productos eran tangibles, evidencia material incontrovertible de que, para la producción de coches, funcionaba. ¿Funcionaba respecto a la producción de una función social útil, como la movilidad sostenible? Por supuesto que no. Por el contrario, en estos términos de función social, puede contemplarse ahora como un desastre cada vez mayor, pero funcionaba, de entrada, para producir coches que comprasen los clientes, haciendo un esfuerzo personal para poder continuar moviéndose en medio de unos sistemas de transporte público que se venían abajo. ¿Puede decirse lo mismo de la sanidad producida como un bien de consumo? Ciertamente no. El, en la actualidad rápidamente creciente, sector sanitario privado del Reino Unido, tenía sin emplear un 40 a un 50% de su capacidad, hasta que el gobierno derivó un 15% de las referencias del NHS a dicho sector por una orden administrativa, no por una opción de mercado, y garantizó que actuaría de esta forma durante los primeros cinco años del nuevo mercado sanitario⁵⁸. Unos pocos, muy pocos, artículos de investigación se han concebido por uno u otro motivo para presentar aspectos y fragmentos del menos eficiente y el más extravagante sistema sanitario, pues, aunque su producción de reparaciones rutinarias del cuerpo, éste proporcionase un modelo para los menos ineficientes y menos extravagantes, casi socialistas, sistemas que se han desarrollado en Europa, no puede referirse a una experiencia comparable a los productos de Henry Ford. Las virtudes de este sistema, excepto para quienes creen en él por intereses para su carrera, sencillamente no son creíbles⁵⁹.

Aunque de manera demasiado lenta y tímida, los enfermos y los profesionales sanitarios de atención primaria caminan hacia una alianza funcional a los niveles personales de la asistencia a nivel global y (con mucha menor frecuencia) a escala de las comunidades locales. Este hecho podría desarrollar una nueva cultura basada más en las necesidades del ciudadano que en las demandas del consumidor. Hasta la fecha, el desarrollo de esta cultura es incoherente y espontáneo, pero están implicadas en él una amplia y posiblemente creciente minoría de unidades asistenciales de atención primaria y de especialistas hospitalarios del NHS. Cuando los

miembros de las plantillas de atención primaria del NHS se den cuenta de que se han dado instrucciones a las entidades similares a empresas públicas de Atención Primaria* para que concluyan su papel de prestadores de servicios y se conviertan solamente en delegados administrativos del servicio de asistencia a finales de 2008, va a haber una oleada de ira como nunca antes se ha visto. Todas las enfermeras de distrito, los visitantes sanitarios, los fisioterapeutas, los logoterapeutas, los podólogos -en resumen, todos los miembros de las plantillas de atención primaria, excepto de los que están directamente empleados a cargo de los médicos generales -dejarán de estar empleados por las entidades similares a empresas públicas de Atención Primaria o por los Gobiernos Locales y tendrán que aceptar ser empleados por cualquier entidad proveedora que consiga el concierto en un mercado competitivo.

Lo que todavía falta en este movimiento es lo que tuvimos en Gran Bretaña y en el resto de Europa desde 1942 hasta 1948, y de lo que reaparecieron algunos destellos desde 1968 a 1974: un movimiento en masa hacia delante de la opinión pública hacia la solidaridad que dominó el pensamiento sobre la naturaleza de la sociedad durante toda una generación. Sin ese movimiento, nunca hubiésemos conseguido el NHS, pero sus bases se establecieron medio siglo antes, en el momento en el que empieza este capítulo, con las luchas para construir las instituciones sociales originales de asistencia sanitaria universal. Sin el redescubrimiento de la solidaridad humana, en acción, no como mera retórica, nuestro planeta dejará de proporcionar, dentro de una o dos generaciones, una base para una vida civilizada. Este redescubrimiento está empezando ya y continuará aumentando. En resumidas cuentas, nosotros somos muchos todavía y “ellos” son pocos.

* “Primary Care Trusts, en inglés, equipos de profesionales que reciben unos fondos al año para atender a un determinado grupo de población y que administraban los mismos, debiendo pagar a los hospitales de referencia por las derivaciones y por las pruebas. (*N. del T.*)

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Antes de que el Estado aceptara la responsabilidad de la sanidad, la titularidad de los sistemas sanitarios en las sociedades industriales era un asunto que dependía de acuerdos entre los médicos como empresarios y los representantes de las comunidades a las que prestaban servicio. Esto era más evidente en las áreas muy industrializadas como el sur de Gales. Las diversas organizaciones en las áreas de la minería del carbón antes de la Ley de Seguro de 1912, crearon modelos para que se rindiesen cuentas a nivel local y hubiese un control democrático, que la Ley hizo que desaparecieran, haciendo que los médicos establecieran sus contratos con el Estado, como trabajadores independientes.

Los sentimientos de propiedad de esa época desempeñaron un papel importante en las discusiones entre médicos y Estado, tanto con el nacimiento de la Ley del Seguro de 1912, como con el del NHS en 1948. En ambos casos, los médicos que atendían a las poblaciones pudientes y, por tanto, capaces de ejercer la medicina clínica, tal y como la habían aprendido en sus facultades de Medicina, temían que su trabajo se degradase si dejaba de ser algo suyo y que ellos controlasen. Aunque algunos de estos temores estaban justificados, la financiación por parte del Estado abrió el libre acceso a la asistencia para todo el mundo, sin virtualmente ninguna pérdida de independencia en la toma de decisiones clínicas entre 1948 y el comienzo de las “reformas” del NHS a partir de 1983. Esto, de hecho, expandió el dominio de los profesionales en el sentido de su responsabilidad social, aunque disminuyera su carácter de dueños de las propiedades (consultas, etc.), que pasaron a ser de propiedad pública.

La reconversión del NHS como si se tratara de una industria, está conduciendo a los profesionales sanitarios a una pérdida de control sobre su trabajo similar a la que experimentaron los tejedores manuales de los telares al final del siglo XVIII y otros productores de bienes de consumo desde entonces. Los profesionales sanitarios se están convirtiendo en empleados industriales, valorados según su productividad, no respecto a la mejora de la salud, sino de la rentabilidad o de la viabilidad económica en los mercados competitivos.

Notas

¹ Petty fue el padre fundador de la economía y de la salud pública modernas, un genio que merecería la pena que se le conociese mejor. Hay un adecuado resumen de su trabajo en la obra de George Rosen *History of Public Health* (New York: MD Publications, 1958; expanded edition Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993), pero la mejor de todas las recopilaciones está en el libro de AV Anikin's *A Science in its Youth: pre-Marxian political economy* (Moscú: Progress Publishers, 1975).

² Lambert RJ. *Sir John Simon 1816-1904, and English Social Administration*. Londres: McGibbon & Kee, 1963.

³ Datos del Dr. John Leigh, médico de la Unión de Manchester y del Registro de Nacimientos y Fallecimientos, documentos parlamentarios, Informe del Select Committee on Medical Relief. Shannon: Irish University Press, 1854. Quoted by Bloor DU. The union doctor. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1980;30:358-64

⁴ Los médicos con menos formación estaban felices prestando servicio en áreas pobres con cualquier tipo de situación en que se les pagase, pero no tenían prácticamente tiempo ni otro tipo de recursos para aplicar la ciencia médica tal como se empezaba a entenderla en los hospitales docentes más progresistas. Geirge Bernard Show, que conocía mejor que la mayor parte de los ciudadanos las realidades de la asistencia sanitaria de los pobres, por su experiencia como miembro electo del Comité de Guardianes de St. Pancras, aportó una descripción de la situación en el prólogo de *El Dilema de los Médicos*:

“La única manera de que [los médicos generales que atienden a los pobres] sean capaces de conservar su respeto a sí mismos es que se olviden de todo lo que han aprendido en algún momento de la ciencia y limitarse a prestar, sin que les cueste nada, toda la ayuda que puedan, siendo sencillamente menos ignorantes y familiarizándose más con las camas de los enfermos que sus propios pacientes. Por último, se adquiere una cierta experiencia al cuidar de los enfermos que se encuentran afligidos en condiciones domésticas de pobreza, del mismo modo que les pasa a las mujeres que se han preparado para ser criadas y trabajar en ciertas instituciones enormes con camas, aspiradores, luz eléctrica, calefacción central y aparatos que convierten la cocina en una combinación de laboratorio y casa automatizada, cuando se las envía a que se maten a trabajar en otros lugares en calidad de criadas generales y tienen que enfrentarse a su nueva actividad de forma distinta a la anterior, teniendo que aprender acerca de los desastrosos hábitos y las miserables organizaciones de los hogares en los que incluso los haces de leña son artículos de lujo que deben economizarse con avaricia”.

⁵ Para la sociedad de finales del siglo XIX y principios del XX, esto quería decir lo suficiente para usar traje, camisa con cuello y corbata, mantener una bicicleta o un caballo y un pequeño coche de caballos (o, después de la Primera Guerra Mundial, un automóvil), una esposa, una o dos criadas internas, un número variable, pero por lo general grande, de niños a los que había que dar educación en centros privados, preferentemente a los varones. Hasta que la ciencia empezó a darles cierta credibilidad, los médicos tenían un status social relativamente bajo. Por ejemplo, la Reina

Victoria excluyó a los médicos militares del baile que ofreció a los ganadores de la Cruz de Victoria en 1859, porque no se consideraba que fueran caballeros. (Cantlie N. *A History of the Army Medical Department*. Vol.1. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1974). Un colega que trabajaba en la consulta más elegante de Port Talbot, en los años treinta del siglo XX, tenía que entrar a la mansión del lugar por la puerta de servicio, cuando se le avisaba, mientras que el médico del Rey, Lord Horder, que llegaba de Londres a confirmar el diagnóstico, lo hacía por la entrada principal. El NHS acabó prácticamente con los médicos pobres, lo que no evitó que muchos de ellos siguieran mirando hacia atrás imaginándose días mejores en los que verdaderamente se sentían apreciados.

⁶ The Battle of the Clubs, una separata de los informes del Corresponsal Especial para *The Lancet*, contratado para que obtuviese información sobre las Sociedades de Ayuda Mutua de los Médicos. London: Lancet, 1896.

⁷ Sólo se avisaba a los médicos para los partos difíciles que superaban la competencia de las comadronas. En Portsmouth, las matronas cobraban 15 chelines, en concepto de honorarios. La Bexhill Provident Medical Association proporcionaba asistencia principalmente a los trabajadores de las granjas. Entre los honorarios especiales se incluían las amputaciones de piernas, las fracturas complicadas y las hernias estranguladas que eran de cinco libras en estos tres casos, por las fracturas cerradas de fémur se pagaban 3 libras y por las fracturas de clavícula o las luxaciones se hombro, una libra.

⁸ Los datos de los precios y los ingresos están tomados de la obra de Egan D. *Coal Society: a history of the South Wales mining valleys 1840-1980*. Llandyssul: Gomer Press, 1987, y la de Davies M (ed.). *The Valleys Autobiography: a People's History of the Garm, Llynfi and Ogmore Valleys*. Blaengarw: Valley and Vale, 1992.

⁹ Hobsbawm E. *The Age of Empire 1875-1914*. Londres: Weidenfeld & Nicholson, 1987:184-5.

¹⁰ Williams C. "Democratic Rhondda: politics and society 1885-1951". Cardiff: University of Wales Press, 1996. La mejor manera que conozco para entender estas ideas en términos contemporáneos es leer la obra de Robert Blatchford's "Merrie England", publicada por primera vez en 1893, pero reimpresa como facsímil, con un excelente nuevo prólogo, por Journeyman Press en 1976. Se vendieron 25.000 ejemplares de la primera edición, lo que hizo que se hiciera una reimpresión de la que se vendieron más de 700.000 en pocos meses, llegando después a casi un millón. El Partido Laborista Independiente, precursor del Partido Laborista y del Partido Socialista Británico, con una base formada por masas, se formó en el mismo año. Antes de publicarse "Merrie England", había menos de 500 socialistas en todo el condado de Lancashire, un área de concentración industrial, doce meses después, había 50.000. Se tradujo al Galés, al Alemán, al Sueco, al Italiano y al Español y se dice que de una edición en Estados Unidos se había vendido más o menos el mismo número de ejemplares que de la original británica. Blatchford supo como escribir para gentes que tan sólo empezaban a leer periódicos. Le inspiró principalmente William Morris, el primer inglés que desarrolló un marxismo imaginativo y que trató de aplicarlo en su propio ambiente de trabajo. Blatchford fue un divulgador, cuya popularidad dependió, en parte, de dar a las ideas socialistas una forma que se adaptase al sentido común que ya existía; eliminaba todo lo que no se adaptaba al mismo. Al igual que otros con el mismo enfoque ecléctico, tan pronto como estalló la guerra en 1914, se convirtió en un propagandista de la matanza del hombre por parte del hombre, con el mismo éxito.

¹¹ En 1911, *British Medical Journal* estimaba que los ingresos anuales del total de los 32.000 médicos británicos del momento, en su conjunto, era de 8 millones de libras, lo que representaba unos ingresos medios anuales de 250 libras por médico, con una mediana de algo menos de 200 libras. Comparados con los que atendían a los demás trabajadores pobres de Gran Bretaña, los planes de asistencia médica de los mineros galeses estaban bien financiados y sus médicos bien pagados. Esto era consecuencia del sistema de pago fijo de un cierto porcentaje de los ingresos por parte de los trabajadores, que sólo existía en el Sur de Gales. En el resto de las regiones, las Sociedades de Amigos cobraban cuotas fijas, independientes de los ingresos, pero en Gales se cobraban en la oficina de pagos 3 ó 4 peniques (un penique era 1/240 de libra) por cada libra que se ganaba, de modo que la financiación para la sanidad subía y bajaba, dependiendo de los ingresos que, a su vez, dependían del precio en origen del carbón y de la prosperidad de la industria en su conjunto. Los precios del carbón fluctuaban, a menudo de una forma salvaje, pero tendieron a subir a lo largo de las dos primeras décadas del siglo XX, momento en que el carbón era la principal fuente de energía y proporcionaba un mercado, tanto interior como de exportación, aparentemente ilimitado. En algunos casos, la cuota proporcional a los ingresos se pagaba directamente a los médicos que estaban contratados, en cuyo caso cualquier tipo de cualquier inversión para la asistencia representaba una deducción sobre sus ingresos personales. Esto daba lugar, sin duda, a que las inversiones, incluidas las destinadas a los locales, al instrumental y personal administrativo fuesen escasas, sin mencionar a los médicos especialistas y a las enfermeras. Sin embargo, en los planes asistenciales más grandes y con mayor conciencia política y social, que son mucho más interesantes, no se pagaba la cuota a los médicos, sino a un fondo de ayuda médica de los mineros que, a su vez, pagaba los salarios a los médicos y reservaba lo que quedaba a las inversiones para tener mejores edificios, más instrumental, para las plantillas, para la formación y para cualesquiera otros objetivos que los comités de los programas pensaban que era útil para la salud de los afiliados y sus familias.

¹² Hasta bien entrado el siglo XX, la mayoría de las operaciones se llevaban a cabo en las casas de los enfermos, en la mesa de la cocina. En mi propia consulta en Glyncorwg, los médicos generales que me precedieron practicaban los domingos sesiones de cirugía menor, hasta 1948, fecha en la que los enfermos accedieron a la asistencia gratuita por parte de cirujanos bien preparados, en los hospitales de Neath y Swansea.

¹³ El Doctor Alastair Wilson de Aberdareme me contaba cómo su padre, un médico general que se consideraba próximo a los trabajadores y era uno de los pocos médicos que apoyaban la Ley de Seguro de Lloyd George, practicaba operaciones de hernia en el hospital instalado en una casa rural, junto con un compañero, también médico general, cuyo firmw apoyo a Guest, Keen & Baldwin, los empresarios locales del carbón y del acero, era bien conocido. Las dos partes implicadas afirmarían con firmeza que la causa de la hernia -el esfuerzo excepcional por el trabajo (para la federación de Mineros) o una debilidad congénita (para Guest, Keen & Baldwin)- era fácil de ver. En realidad, no había ninguna demostración evidente de ninguna de las dos posibilidades.

¹⁴ Bevan A. *Hansard*, 30 April 1946, vol.422, col.47. Citado en Powell M: "Wales and the National Health Service". *Llafur* 2000; 8(1):34.

¹⁵ Earwicker R. "Miners' medical services before the first world war: the South Wales coalfield". *Llafur* 1981; 3(2):39-52, y Falk IJ. "Coal miners' prepaid medical care in the United States, and some British relationships 1792-1964". *Medical Care* 1966;4: 37-42.

¹⁶ El carbón se extraía donde se encontraba, lo que daba lugar a que hubiese muchos asentamientos relativamente aislados en los que cualquier aspecto de la vida se organizaba en torno a esa industria única. En el Sur de Gales, las montañas potenciaban ese aislamiento al separar cualquier valle de los cercanos, lo que daba lugar a una cultura característicamente mixta, a menudo contradictoria, que era común a todas las comunidades de mineros: confianza en sí mismas independiente, pero también localismo divisor, junto con una solidaridad muy disciplinada frente a los enemigos externos. Comparados con las viejas cuencas mineras de carbón del noreste y los Midlands ingleses, la minería de profundidad se desarrolló de manera tardía en Gales, excepto en los alrededores de las industrias del siderúrgicas de Merthyr Tydfil. La minería del carbón de Gales se convirtió en una fuerza social y económica importante sólo a partir de 1860, pero desde esa fecha, se desarrolló de forma extremadamente rápida, lo que dio lugar a que surgiera una inmigración internacional a los valles del sur de Gales, a un ritmo más o menos similar que el que tuvo lugar en Klondike, en Estados Unidos, durante el mismo periodo.

¹⁷ Los comités que se habían elegido tomaban las decisiones del día a día sobre los planes de asistencia. Estos comités estaban dominados, al principio, por gentes de cuello blanco, pero desde aproximadamente en 1900, lo estuvieron por la sección del sur de Gales de la Federación de Mineros de Gran Bretaña, conocida a nivel local como la “Fed” (Francis H. Smith D. *The Fed: a history of the South Wales miners in the 20th century*. Londres: Lawrence & Wishart, 1980). Steve Thompson, en su obra: *A proletarian public sphere: working class provision of medical services and care in south Wales, c.1900-1948*. Chapter 5 en Borsay A (ed) *Public/Private: Medicine, Power and Identity in Wales, c.1800-2000*. Cardiff: University of Wales Press, en prensa 2005) ha descrito bien las reuniones en las que se tomaban las decisiones importantes respecto a las Sociedades de Ayuda Médica y sus enfrentamientos con la Asociación Médica Británica (BMA) :

“ En cualquier reunión de masas de gentes de cuello blanco o de otros trabajadores del sur de Gales, la práctica habitual era que cualquiera que tuviese algo que decir se levantase e hiciera su comentario. El debate estaba abierto a cualquiera que tuviese algo que expresar sobre cualquier asunto concreto sin que se tuviese en cuenta su posición o su status social. Aún más, los oradores en esas reuniones públicas se implicaban en una interacción entre el que estaba en uso de la palabra y la audiencia, lo que aseguraba que las opiniones y los sentimientos de los miembros de la sociedad se expresasen con claridad. Los informes de estas reuniones en los periódicos muestran que se interrumpía constantemente a los oradores con gritos de aprobación o de rechazo por parte de los presentes, de modo que, incluso grupos habitualmente poco organizados e individuos aislados podían hacer que sus sentimientos se tomasen en consideración de una manera muy directa y jugasen algún papel en la adopción de las acciones a llevar a cabo y en las políticas.”

A veces, se describen esta escenas como “Democracia Ateniese”, olvidando que dos tercios de la población de la Ática eran esclavos sin ningún tipo de derechos. Se puede incluir a los mineros entre los fundadores de la democracia participativa. La naturaleza de la minería del carbón es completamente diferente de la de la producción industrial y genera pocas disputas a nivel nacional, pero muchas a nivel local con los empresarios. Por lo menos, hasta 1930, la producción de carbón dependía casi por completo de una serie de hombres que trabajaban en unas condiciones extremadamente variables y, a menudo, impredecibles, con muy poca ayuda por parte de las máquinas. Se pagaba a los mineros conforme a la cantidad de carbón en bruto que producían y el número de trabajadores crecía o disminuía según las demandas del mercado

mundial, lo que daba lugar, de manera alternativa a periodos de sobrecarga de trabajo y a otros de desempleo masivo. Esta situación daba a los sindicalistas una experiencia personal de cómo negociar los salarios en el mismo lugar de trabajo, un gran interés en las actividades del sindicato y una estimación muy profunda del valor de la solidaridad en todas sus facetas. Siempre que en las sedes locales de la Fed había que tomar decisiones importantes que afectasen a la mina en su conjunto, o a todo un pueblo que dependía de la misma, se organizaban reuniones masivas, a las que acudían todos los implicados. Para que el concepto de democracia tenga un verdadero sentido, en cierto modo tiene que poderse medir. Su índice más adecuado podría ser hasta qué punto las decisiones se toman por los ciudadanos que van a sufrir las consecuencias de las mismas en su propia carne. Si se emplea esta medida, los periodos de auge y los de eventual debilidad de las Sociedades de Ayuda Médica de los Mineros reflejaban los de auge y debilidad de la democracia participativa. Incluso en un momento tan reciente como es la década de los años setenta del siglo XX, mucho después de que se hubiese desvanecido cualquier resto de control democrático del NHS, podían organizarse reuniones de este tipo allí donde las comunidades mineras de Gales necesitaban discutir cualquier aspecto importante de interés colectivo. Al Cochrane, el pionero de la Epidemiología tras la Segunda Guerra Mundial, e el sur de Gales, logró que el sindicato de mineros le organizase ese tipo de reuniones en Rhonda Fach y, gracias a ellas, obtuvo la colaboración consciente de alrededor del 90% de la población que estaba interesado en incluir en un programa de investigación sobre tuberculosis y neumoconiosis, estableciendo una nueva referencia mundial de respuesta de la población. Todas nuestras investigaciones para el Consejo de Investigación Médica en Glyncorwg empezaron con reuniones de este tipo con toda la comunidad, con la participación informal que describe Thompson.

¹⁸ El primer hospital en los valles de Rhonda se inauguró en 1896 y tenía sólo cuatro camas para atender a una población de casi 100.000 personas. Incluso en 1914, la dotación había aumentado a sólo 88 camas hospitalarias para atender a 180.000 personas (Egan D, *op.cit.* 90).

¹⁹ Los hospitales empezaron a concentrar en ellos la asistencia efectiva de los enfermos a comienzos del siglo XX. En las postrimerías del mismo estaban a punto de monopolizarla. Para la mayoría de a gente de hoy en día, la posesión y el control de los hospitales parece que equivale a la posesión y el control del sistema asistencial en su conjunto. En la primera década del siglo XX la profesión médica de Gran Bretaña se dividía en dos partes: lo que sigue siendo todavía desde entonces su faceta esencial: los médicos generales comunitarios y los especialistas hospitalarios. Ambos niveles estaban conectados por un sistemas de derivaciones que, por lo general, respetaban ambas partes; a saber, los enfermos sólo iban a ver a los especialistas con una carta de su médico general y los especialistas contestaban al médico general cuando le devolvían al paciente para que continuara la asistencia (estas condiciones no se han logrado todavía en Francia ni en Alemania, ni están totalmente introducidas en toda la Europa meridional). Esta situación era consecuencia de una guerra comercial entre médicos a finales del siglo XIX, época en la que cualquier tipo de tendencia a la especialización se consideraba, de entrada, como “no ético”, es decir, como un freno al libre comercio. Para hacer bien su trabajo y no sólo tratar de hacerlo, los especialistas necesitaban personal e instrumental que sólo podía emplearse de manera económica en el entorno centralizado y compartido de las salas de hospital, los quirófanos, los laboratorios y las consultas. En las ciudades, se modificó la ética médica para limitar las actuaciones de los especialistas a meras consultas episódicas de ámbito hospitalario y las de los médicos generales a la asistencia médica continuada en el seno de la comunidad, sin incrementos de plantilla ni de dotación técnica. Rosemary Stevens fue la primera historiadora de este importante proceso (*Medical Practice in Modern England*. New Haven:

Yale University Press, 1966). Su aforismo no hay quien lo mejor: “Desde 1912 en adelante, los médicos generales británicos poseían los enfermos, los especialistas los hospitales”. Esta división de los problemas de los enfermos, como si se tratara de un propiedad susceptible de comerciar con ella (principalmente por la costumbre, no por ley) era más simple y más completa en el Reino Unido que en cualquier otro país, esencialmente porque el Reino Unido estaba más ampliamente urbanizado e industrializado y proporcionaba un mercado para la asistencia global. Esta división entre generalistas y especialistas no fue nunca tan sencilla ni tan completa en la Gran Bretaña rural ni en las áreas medio rurales, medio industriales típicas de la minería del carbón, pero realmente dominaba la profesión médica en su conjunto y proporcionaba la base racional para nuestro sistema de derivaciones y para la división entre atención primaria y hospitalaria (secundaria).

²⁰ Thompson S. *Op. cit.*, 2005.

²¹ Quien primero reconoció esta oportunidad a nivel nacional fue Beatrice Webb en su informe de la minoría a la Comisión Real sobre la reforma de la Ley de Pobres en 1909, aunque en el informe de la mayoría se ignoraron sus propuestas. Mucho menos conocidas son las propuestas para crear un sistema de atención sanitaria público nacionalizado, con objetivos enfocados hacia la salud pública, que presentó en 1911 el Dr. Benjamín Moore, fundador de la Bioquímica Médica británica y uno de los pioneros de la economía de la salud en el siglo XX (1867 – 1922). Estimaba que alrededor de 25.000 muertes anuales en el Reino Unido podrían haberse prevenido mediante un sistema de asistencia sanitaria organizado para aplicar los conocimientos del momento a toda la población. Publicó sus ideas en el libro *Down of the Health Age* (“Amanecer de la Era de la Salud”) y por medio de la Asociación en pro del Servicio Médico Estatal (SMSA son las siglas en inglés) que él, junto con un grupo pequeño, pero cargado de autoridad de intelectuales médicos que tenían sus mismas ideas, había constituido en 1912. Estas ideas atrajeron mucha atención por parte de la prensa médica durante dos años, hasta que la histeria de la guerra ahogó todo pensamiento progresista. Nunca pareció que hubiese influido en los médicos de la primera línea asistencial de las áreas industriales. Aunque la discusión surgió de nuevo por poco tiempo en 191 y la SMSA se convirtió en una organización pasiva tras la muerte prematura de Moore por la pandemia de gripe de la postguerra. La SMSA desapareció en 1929, pero algunos de los miembros de la misma que sobrevivieron volvieron a salir a la superficie en 1931 con el nacimiento de la Asociación Médica Socialista (SMA fue su sigla en Inglés), que cambió de nombre en los años setenta para llamarse Asociación Sanitaria Socialista (SHA). La SMA se afilió al Partido Laborista, al que aportó planes para que incluyese en su política nacional, en 1934, la creación de un servicio médico estatal, gratuito, exhaustivo y universal

²² Collings J S. “General practice in England today”. *Lancet* 1950; i:555-85.

²³ Irvine D, Jeffreys M. “BMA Planning Unit survey of general practice 1969”. *British Medical Journal* 1971;4:535-43.

²⁴ Leese y Bosanquet estudiaron las estrategias de inversión de los médicos generales desde 1966 hasta principios de los años ochenta, en los que el Gobierno empezó a apoyar dichas inversiones con importantes subvenciones (Bosanquet N, Leese B. “Family doctors: their choice of practice strategy”. *British Medical Journal* 1986; 293:667-70. Analizando cinco indicadores de mejora (Empleo de enfermera en la consulta, mejora de los locales o intención de hacerla, participación en la formación, posesión de un electrocardiógrafo, consultas programadas para seguir el curso de los pacientes), Un 32% de los equipos (los inversores importantes) abarcaban el 71% de las valoraciones

positivas. Casi todos estos equipos estaban en áreas de elevado nivel económico. A pesar de las importantes subvenciones, la inversión en áreas con deterioro industrial constante, con poblaciones decrecientes, no se contemplaban como un buen negocio.

²⁵ En palabras del historiador de las cuencas mineras del carbón, Ray Earwicker (“Miners’ medical services before the first world war: the South Wales coalfield”. *Llafur* 1981; 3(2):39-52.) sucedía lo siguiente:

“... El sistema de aplicar retenciones para que se pague según lo que se gane dio su fuerza a los club médicos de los mineros. Pero fue el logro del control financiero de los clubs por medio de un Fondo de Trabajadores y la iniciación de un servicio médico pagado mediante salario lo que dio a los clubs del sur de Gales su carácter distintivo. Las discusiones sobre el tema del control se resolvieron entre los patronos y los trabajadores. La resistencia de los primeros fue mínima.

... Los médicos de las minas incitaron a los patronos a ponerse en contra de este cambio, pero se les rechazó enseguida. Se obligó a aceptar a los médicos, que estaban mal organizados..”

Esta situación cambió enseguida, tan pronto como, a principios del siglo XX, comenzaron las grandes disputas entre los mineros y sus médicos y la Asociación Médica Británica (BMA, sigla en inglés) se convirtió en un sindicato tan agresivo como cualquier otro.

²⁶ He tratado este punto con más detalles en el libro *A New Kind of Doctor: the general practitioner's part in the health of the community*. Londres: Merlin Press, 1988.

²⁷ Aunque los mineros tenían posibles aliados en Benjamin Moore y sus ilustres colegas médicos, estos intelectuales de la Medicina estaban demasiado distantes social y geográficamente tanto de los mineros como de sus médicos como para establecer cualquier tipo de alianza efectiva. Los médicos británicos, situados en la parte más baja de la pirámide profesional, pocas veces se contemplaban a sí mismos como parte de la “intelligentsia”, según la tradición europea y latino-americana, de la que son ejemplos Chekhov, Semashko, tampar, Evang, Guevara y Barghouti.

²⁸ La disputa de Ebbw Vale se repitió de forma casi exacta en 1934, fecha en la que la Federación de Mineros del Sur de Gales contrató a mi padre, el Dr. Alex Tudor Hart, junto con varios médicos más, para que trabajasen en el Programa de Llanelli de Ayuda Médica de los Trabajadores, después de que los médicos locales, apoyados por la BMA, hubieran rescindido sus contratos previos. Los mineros y los trabajadores de la industria de las planchas de estaño y de las fundiciones de Llanelli trataban de poner en marcha un plan más amplio, similar al de Tredgar, en el que la cirugía mayor la practicaban especialistas y no médicos generales. Propusieron pagar a estos especialistas mediante la reducción del porcentaje sobre los ingresos en libras que venían pagando a los médicos generales que estaban contratados, que también perderían los honorarios que se les pagaban por practicar cirugía. Tras una disputa amarga, en la que hubo bastante división y que duró 18 meses, los médicos antiguos conservaron a la mayor parte de sus enfermos, aunque, por lo general, se reconoció que el nuevo plan era más racional que la situación previa. El principal negociador de la BMA fue el Dr. Charles Hill, quien más tarde encabezó la resistencia de la BMA al NHS. La disputa se zanjó por fin mediante un arbitraje, que concedió a la BMA la mayor parte de lo que quería, pero permitió la contratación de un número suficiente de especialistas asalariados, como para que el influyente Informe de Planificación Política y Económica de 1936 propusiese este esquema como un modelo para el futuro NHS (Davies R. “Workers and medical services”. En Edwards J (ed.) *Tinopolis: aspects*

of Llanelli's tinplate trade. Llanelli Borough Council, 1995:162-9).

²⁹ Como le gusta recordar a Rhodri Morgan (que llegó a ser dirigente del Partido Laborista en Gales, a pesar de la oposición constante por parte de Blair), el Partido Conservador de Gales nunca ha conseguido ganar las elecciones con mayoría, a lo largo de todo el periodo de tiempo que ha transcurrido desde que los ciudadanos de a pie empezaron a tener voto. Esta situación es radicalmente distinta de la de Escocia, donde los conservadores todavía dominan en las áreas rurales.

³⁰ Las alas imperialistas de los liberales, los conservadores, los “fabianos” y los funcionarios reformistas, como Sir Robert Morant, pusieron en marcha un activo movimiento reformista preliminar en las vísperas de la Primera Guerra Mundial que sentó las bases de los servicios educativos y de bienestar del siglo XX, que se acabaron de establecer después de la guerra. Se trataba de un esfuerzo consciente para asimilar las ideas socialistas, que se habían hecho populares, a un programa imperialista, asegurando a los ciudadanos británicos una situación de privilegio, como servidores de un poder imperial dominante. Des este modo, las percepciones de Charles Darwin, que habían destruido el dominio de la Iglesia Anglicana sobre las mentes de los trabajadores industriales, se adaptaron con facilidad al darwinismo social y a la estratificación jerárquica de las razas. El darwinismo social proporcionó las bases para el fascismo. La estrecha asociación entre los conceptos eugenésicos de pureza racial y el nacimiento del moderno bienestar estatal es un bochorno necesario y útil para los socialistas y merece más reflexión que la que hasta el momento ha recibido. Siempre se han subestimado la profundidad y la extensión que requiere el cambio de los servicios del Estado para que se conviertan en servicios organizados por los ciudadanos y para los ciudadanos, en lugar de ser medios para el control social.

³¹ Sus expertos actuarios habían hecho saber a Lloyd George que la esperanza de vida de los varones, en 1911, superaba por término medio en sólo alrededor de doce meses a la edad de jubilación que era la de 65 años. Las actuales propuestas de elevar la edad de jubilación hasta los setenta años vendrían a hacer que, en muchas áreas no saludables del interior de las ciudades, las pensiones podrían convertirse de nuevo en “asumibles”, para las clases más altas de la sociedad, igual realmente que entonces. Con las tasas de mortalidad de hoy en día, si se eleva la edad de jubilación hasta los setenta años, el 30,6 % de los hombres nunca cobrarán su pensión, porque ya se habrán muerto. Los que más perderán serán los de los barrios más pobres de Londres, de los que Hackney es el peor, pues un 48,3 % no llega a cumplir setenta años (TUC Report *Work till you drop*, 2004).

³² Sin embargo, incluso la Ley de Pobres se promulgó con la finalidad de reforzar la jerarquía social existente, evitando la revolución, en lugar de reprimirla. William Farr, uno de los más insignes pioneros británicos de la salud pública en el siglo XIX, escribió en 1970 que “si no había abusos”, la nueva Ley de Pobres era “un seguro de vida frente a la muerte por inanición y un seguro de propiedad frente a las agitaciones comunistas”

³³ Grigg J. *Lloyd George: the people's champion, 1902-1911*. Londres: Eyre Methuern, 1978:325.

³⁴ Francis Maylett Smith describió bien estas divisiones en su poco conocida, pero excelente autobiografía *The Surgery at Aberffraw* (Hythe Kent: Volturna Press, 1981).

“Cuando nuestra sección local de la BMA se reunía, estaban principalmente los propietarios de consultas... Los ayudantes, que hacían la mayor parte del trabajo... superaban ampliamente en número a los titulares, pero se les escuchaba rara vez porque

no solían estar presentes. La clase dirigente tenía, por lo tanto, poca idea de lo que pasaba por las mentes de los de abajo. Ahora, cuando el Estado se disponía a responsabilizarse de la asistencia médica de los asalariados, contratando médicos para los equipos, los dueños de los rentables monopolios médicos se han alarmado por miedo a que los ayudantes se apunten a esos equipos y atiendan sus propias consultas y se lleven con ellos a la mayoría de los enfermos asalariados. Daba la sensación de que se estaba asestando el golpe de muerte al lucrativo sistema de regentar grandes consultas...”.

Nunca se asestó tal golpe de muerte. Lloyd George se dio cuenta de esta división profesional y adaptó a la misma su estrategia y se dijo: “Una delegación de médicos, es siempre una delegación de médicos importantes. Es imposible que haya una delegación de médicos pobres o de médicos de chabolas”.

³⁵ Al igual que Bevan, Lloyd George tenía la astuta idea de que sus propuestas iban a hacer que la mayor parte de los médicos fuesen más ricos y tuviesen más seguridad y de que, como quiera que no iba a imponer ningún tipo de control profano de las decisiones clínicas, la mayoría de la hostilidad hacia él se disiparía si seguía adelante por el camino que se había trazado.

³⁶ Una solución por la que se decantaron los fieles a la BMA fue reclamar que ellos nunca se habían opuesto realmente al NHS (Que yo sepa, nunca intentaron tal cosa cuando los sucesos de 1911). En intentos vanos para evitar su aislamiento, la BMA ofreció contrapropuestas al plan de Bevan, pero nunca seriamente, y algún observador de esa época no vio que las cosas fueran así. Cualquiera que se incline por creerse este mito sólo tiene que leer unos cuantos números del *British Medical Journal* de 1947 y 1948 para ver la histeria que prevalecía entonces entre la profesión médica, agitada inicialmente por Charles Hill y Guy Dane y que luego se escapó de su control, como un tigre desbocado. Tanto en 1911 como en 1948, la mayor parte de sus colegas sometió al ostracismo a los médicos que apoyaban públicamente el establecimiento de un servicio sanitario estatal. Vale la pena también recordar que el Partido Conservador votó contra la ley del NHS en 1946 en las tres fases de su paso por el Parlamento.

³⁷ Albutt TC. “The Act and the future of medicine”. Carta a *The Times January* 3 1912.

³⁸ Hill AB. “The doctor's day and pay”. *Journal of the Royal Statistical Society* 1951; (serie A)114:1-37.

³⁹ Geiringer E. “Murder at the crossroads: or the decapitation of general practice”. *Lancet* 1959 ;i:1039-45.

⁴⁰ La atención primaria racional no puede competir con los patrones irracionales y contraproducentes de recompensas creados por el comercio profesional o empresarial. En 1981, en el momento culminante de la moda internacional de hablar de la atención primaria, los médicos de atención primaria de Estados Unidos podían ganar tres veces más por las pruebas de laboratorio que hacían en sus propias consultas que por escuchar, explorar y aconsejar a sus enfermos. Los cirujanos de Estados Unidos ganaban tres a siete veces más por hora por operar que por hablar o escuchar a los enfermos, los ginecólogos, cinco veces más y los urólogos diez veces más. Los gastroenterólogos podían ganar seis veces más por hora por la endoscopia que por ver a sus pacientes en consulta (Eisenberg L. “Science in medicine: too much, or too little and too limited in scope?” *American Journal of Medicine* 1988;84:483-91). Estas diferencias de ingresos no reflejan las habilidades que se

necesitan para hacer una entrevista efectiva, escuchar y establecer juicios clínicos y desaniman a que se pongan en práctica actuaciones más sencillas, más precoces, más eficaces y más económicas. Animán a las actuaciones superfluas, tardías y más costosas, pero menos efectivas, sobre todo intervenciones técnicas, por parte de personal muy preparado, distribuido de forma inadecuada.

De vez en cuando, los gobiernos vuelven a descubrir su interés por la atención primaria, siempre por el mismo motivo: parece que es más barata que la hospitalaria. Cuando este interés que de nuevo se descubre pasa de ser teórico a ser real, encontramos que se modifican las diferencias de ingresos, de tan manera que los ingresos de los médicos y las enfermeras generales, cuyas herramientas principales son sus oídos y sus lenguas, empiezan a acercarse a los de los especialistas médicos y de enfermería. Esto ocurrió en los años setenta, cuando la mitad de los médicos británicos eran médicos generales. Por primera vez, de hecho, la mayoría de ellos querían ser médicos generales. Ya no eran simples especialistas fracasados y a veces rompían los corazones de algunos padres, a veces eminentes, que temían que se desperdiciasen sus talentos. Sin embargo, la buena atención primaria no es, de hecho más barata que la hospitalaria. Las ventajas de la atención primaria no se basan en sus costes, sino en su humanidad, su eficacia y su eficiencia, si se compara con la de intentar que todo se haga en los hospitales, y su mayor accesibilidad para los enfermos, no sólo desde el punto de vista geográfico, sino también cultural. La atención primaria intimidada menos y está más cerca de las vidas reales de los pacientes, tanto en sus hogares como en su trabajo. Cuando los gobiernos comprenden esto, decae su interés por la atención primaria. La brecha salarial entre los generalistas de la comunidad y los especialistas del hospital vuelve a adoptar pautas de crecimiento normales, mediante la actuación del mercado de trabajo profesional. Mientras esto escribo, estamos todavía en ese tipo de retirada y las preferencias de especialización médica se han modificado de forma paralela.

⁴¹ Fulton WW. General practice in the USA. *British Medical Journal* 1961 ;i:275-82.

⁴² En los años sesenta del siglo pasado había en Estados Unidos ocho veces más especialistas por habitante que en Gran Bretaña, pero las áreas que no resultaban rentables no tenían todavía una cobertura adecuada por especialistas. En Nueva York, 196 neurólogos atendían a una población de seis millones y medio de personas, mientras que en Virginia Occidental, dos neurólogos atendían a dos millones (Battistella RM, Southby RMF. *Lancet* 1968; I:581). Por el contrario, la distribución planificada de especialistas dentro del ámbito del NHS aseguraba que en los años sesenta, ningún lugar de Gran Bretaña careciera de una cobertura real por parte de especialistas.

⁴³ Schieber GJ, Poullier J-P. "Overview of international comparisons of health care expenditures". En: "OECD Policy Studies No.7 Health care systems in transition". París: OCDE 1990:9-15; y Evans RG, Barer ML. "The American predicament". En *ibid.*: 80-5.

⁴⁴ Incluso en 2005, después de que se hayan consolidado muchos pequeños fondos de seguros locales, hay todavía 280 fondos de enfermedad diferentes en Alemania, todos ellos independientes entre sí que cubren las distintas facetas de la asistencia. Esta situación es una razón importante para que los costes ascendieran a un 10,7% del PIB en 2001 y sigan subiendo, comparados con los de un 7,6% en el Reino Unido. Aunque sigue habiendo muchas presiones por parte de los llamados expertos de opinión que intervienen en coloquios para que el NHS se financie mediante sistemas de aseguramiento, en lugar de hacerlo a cargo de los impuestos, Derek Wanless estimó que el coste anual per capita de ese cambio sería de 700 libras (Needham C, Murray A. "The Future of Public Services in Europe. Prepared by Catalyst and the Centre for European Reform for UNISON and

Verdi”, May 2005. <http://www.catalystforum.org.uk/pubs/paper30.html>).

⁴⁵ Casi todo este trabajo se consiguió hacer por medio del Real Colegio de Médicos Generales, fundado en 1951, en parte, por que sus objetivos coincidían con los del servicio médico civil, cuando lo dirigía Sir George Godber, una persona que dedicó su vida al nacimiento, la infancia y la adolescencia del NHS y facultó al Colegio para que pusiese en marcha un programa de formación para los médicos generales jóvenes en toda Gran Bretaña y garantizó que el mismo se financiara adecuadamente. Esto proporcionó una base material para lo que, de otra forma, podría haber sido poco más que mera propaganda.

⁴⁶ Andrew Wall. Wall A. “Reforming the reforms”. In: Iliffe S, Mostyn J, Ross R (eds). “From market chaos to common sense: papers on future policies for health”. *Medical World/Socialist Health Association*, 1993.

⁴⁷ Aunque la medicina general en áreas industriales era, realmente, una forma menor de la medicina clínica, los médicos jóvenes que se estaban formando en los servicios de urgencias de los hospitales docentes de Londres, lo estaban haciendo mediante una experiencia que era vergonzosamente similar y que posiblemente ignoraba Albutt. En su condición de médico de urgencias del Hospital St. Bartolomew en 1879, el Dr. Robert Bridges vio personalmente 30.000 enfermos nuevos, con un tiempo medio para cada uno de menos de un minuto (Benson P. “And what is your fee, doctor?” *Modern Medicine* Marzo 1 1979:77-9.). Los apuntes de los estudiantes de esa época muestran que, en esas condiciones, se enfrentaban a muchos problemas médicos frecuentes pero graves, tales como úlceras de las piernas, “ulcus rodens” de la cara y del cuero cabelludo, tuberculosis cutánea, pulmonar, renal y testicular, cánceres vegetantes de mama y fracturas y luxaciones abiertas o cerradas de todo tipo. La asistencia médica, tal como se enseñaba a principios del siglo XX, era todavía breve, brutal y con una cultura casi veterinaria, salvo para pequeñas minorías de enfermos que podían pagar importantes honorarios o que dejaban que los estudiaran o experimentasen con ellos en los hospitales docentes.

⁴⁸ Rivett G. *From Cradle to Grave: fifty years of the NHS*. Londres: King's Fund 1998. En este texto se confirma la idea que mantuvo con firmeza George Godber y que expresó muchas veces.

⁴⁹ Nacionalizar todos los hospitales significaba recorrer un largo camino y Bevan estimó que no podía, en ese momento y en esas circunstancias, ir más lejos. Negoció un compromiso con los especialistas hospitalarios a través de Lord Moran, Presidente del Real Colegio de Médicos. Les autorizó a que trabajaran a tiempo parcial en el NHS y continuasen a la vez con su práctica privada, utilizando los recursos del NHS. Temía que, de otra manera, iban a trabajar en sus peligrosos sanatorios privados, desatendiendo su obligaciones en el NHS (como todavía lo hacen algunos hoy en día). Presumiendo que la asistencia gratuita por parte del NHS iba a erosionar la demanda de asistencia privada, le dio a un comité secreto de consultores veteranos el control absoluto de los sustanciales ingresos adicionales gratificables (Concesión de Distinciones) para que ellos fuesen quienes los concedieran, usando criterios secretos para establecer los “méritos sobresalientes”, a quienes, de otro modo, habrían ganado mayores sumas por la práctica privada (De nuestro corresponsal fijo cartas desde el extranjero: “London. National Health Service”. *JAMA* 1949;141:1236, y Lee-Potter J. “Honeymoon for medicine’ is over, warns chairman of council”. *British Medical Journal* 1993;306:1073). Es famosa la frase de Bevan, afirmando que “Él había tapado la boca a los consultores con oro; y, lo que era más importante, les había puesto mucho poder en las manos, al

darles acceso a las plantillas, edificios e instrumental de los que nunca se habían dotado ellos mismos, dejándoles que usasen estos recursos más o menos como les gustase, con una sola excepción importante: tenían que atender gratis a todo el que necesitase de ellos.

De este modo, dividió a la oposición profesional y tranquilizó a sus colegas de gobierno, a la mayoría de los cuales los tenía aterrorizados por su temeridad (que muchos esperaban que provocaría su hundimiento, que la mayoría de la prensa predecía como algo inminente). Ganó Bevan, pero pagó un precio enorme por lo que ahora muchos contemplan como una victoria pequeña. Este argumento está de acuerdo con los hechos, pero si me hubiera parecido convincente, no habría escrito este libro. Para quienes creen que la transferencia de la propiedad material y la transformación de cualquier mercancía de consumo en una prestación gratuita es el paso más necesario, pero también el más duro de dar para ir hacia una sociedad capaz de compartir, la cosa está clara.

⁵⁰ ¿Por qué Bevan, un socialista con más principios que cualquier otro dirigente del Partido Laborista anterior o posterior a él, aceptó esto? Tenía pocas alternativas, porque no tenía confianza en que el Gobierno Local en esa época tuviese miras más altas que dedicarse a los problemas de poco calado, aunque más tarde dijo que esperaba que los hospitales del NHS tuvieran que rendir cuentas a las autoridades electas locales. Tuvo una opinión positiva de la mayor parte de los clínicos activos con los que se reunió. Le impresionaron el genuino entusiasmo por el trabajo que tenían y parece ser que creyó que, al menos, no eran más avariciosos que sus compañeros de colegio que habían decidido dedicarse a los negocios en calidad capitalistas, en lugar de convertirse en trabajadores sanitarios extremadamente expertos (y bien pagados). Parece ser que tuvo fe en que, una vez que se les hubiera dirigido por un nuevo camino, en el que la atención sanitaria se quedase totalmente fuera del mundo de los negocios, abandonarían de forma definitiva el comercio de la salud, para dedicarse a la ciencia médica y a prestar servicio a la sociedad en su conjunto. Creo que tenía razón. En su magnífico libro *Memoirs of a callous picket: working for the NHS* [Memorias de un piquete duro: trabajar para el NHS] (Londres: Pluto Press, 1983), Jonathan Neale describe de forma vívida las complejas relaciones de poder que hubo dentro de las jerarquías de la plantilla del NHS, cuando aparecieron al principio de los años ochenta y resultó que no eran muy diferentes de las que había en 1948 y siguen siendo iguales hoy en día. Tras describir una operación quirúrgica crítica, con su combinación, absurda, pero efectiva de vanidad desenfadada de los cirujanos consultores, deferencia de las enfermeras y una espantosa cascada descendente de condescendencia, servilismo e intimidación por parte de los estamentos superiores hacia los inferiores, llegó a una conclusión inesperadamente positiva:

“Como en un ejército bien entrenado, cada cual ha hecho lo que había que hacer en el momento adecuado, sin necesidad de que se les dieran órdenes. Todos trabajan como miembros de un equipo y confían en los otros. Les unen sus diferentes habilidades y la importancia del trabajo que hacen. Esto es una parte de lo que distingue a los trabajadores de un hospital de los de una fábrica. Pero a los trabajadores les parece que la jerarquía está más justificada. Cuando el cirujano se comporta como un cerdo con un técnico, no sólo está ejerciendo su poder de clase, sino que además está nervioso. El equipo no sólo es una pirámide de privilegio, sino que es también un grupo de gente dedicada. Las enfermeras no son espectadores en sus propias vidas. Son parte de un gran drama”.

⁵¹ Por ejemplo, el aumento de los costes fue el argumento principal que se usó para iniciar la “reforma” en el NHS en Gran Bretaña. Con ello, se dejaba de tener en cuenta el hecho de que el

NHS cuesta, realmente, menos que un servicio tan completo en cualquier otra economía de un país desarrollado. Más tarde, se admitió oficialmente que el NHS estaba financiado de manera muy deficiente (Beecham L. "Yes, prime Minister, it is underfunding". *British Medical Journal* 1991; 302:1108-9). En Suecia, que fue detrás de Gran Bretaña, poniendo en marcha un programa similar (Nilsson M. "Sweden's health reform". *Lancet* 1993;342:979 y Walker A. "Erosion of Swedish welfare state". *British Medical Journal* 1991; 303:267) los costes expresados en porcentaje del PIB han bajado, de hecho, de ser un 9% en 1982 a un 7,8% en 1992 (Gilson L. "Health care reform in developing countries". *Lancet* 1993; 342:800). En ese país, inicialmente el argumento fue que ya estaban haciendo reformas todos los demás países y, en segundo lugar, que la provisión externa y la competencia interior se asociaban entre sí para obtener una mayor rentabilidad del dinero. En la práctica, no se han materializado estos ahorros previstos, de modo que el tema se está reconsiderando (Whitehead M, Gustafsson RA, Diderichsen F. "Why is Sweden rethinking its NHS style reforms?" *British Medical Journal* 1997; 315:935-9).

⁵² En ese momento, la fuerza profesional organizada más activa era la Federación de Apoyo al NHS, dirigida por el Dr. Harry Keen, profesor de Medicina en el Guy's Hospital, que fue el que se seleccionó como centro piloto para probar las entidades similares a empresas públicas ("trusts" en Inglés) hospitalarios que proyectó primero el Gobierno de Margaret Thatcher y que ahora impone por todas partes el Gobierno del Nuevo Laborismo de Blair. Los repetidos intentos por parte de Harry de organizar una reunión pública con Robin Cook, en ese momento ministro laborista en la sombra de Sanidad, fracasaron todos, de modo que, por último se dio por vencido en sus intentos de organizar cualquier tipo de acción conjunta con el Partido Laborista, del que había sido miembro toda su vida. Esta experiencia fue bastante típica. Incluso entonces, los dirigentes laboristas recelaban de llevar a cabo cualquier alianza estrecha con la profesión médica, aunque trataban de justificarlo porque persistía el recuerdo de la resistencia médica al NHS en 1948. La oposición a los médicos (o a cualquier otro grupo profesional con poder) constituye incluso hoy en día una sencilla, pero popular alternativa a enfrentarse a los grupos que, de manera seria, concentran la riqueza y el poder.

⁵³ Shock M. "Medicine at the centre of the nation's affairs: doctors and their institutions are failing to adapt to the modern world". *British Medical Journal* 1994; 309:1730-3.

⁵⁴ Como el compromiso de Munich al que tanto recuerda, esta capitulación parece que cautivó tanto a la audiencia de Sir Maurice como para que olvidase de cualquier pensamiento crítico, al menos por un periodo de tiempo lo suficientemente largo como para dismantlar cualquier resistencia colectiva. Un amigo liberal, lo suficientemente distinguido como para que se le invitase en una ocasión tan importante, estaba eufórico. "Julian, de verdad me hubiese gustado que hubieras estado aquí, te hubiese tranquilizado mucho oírle. Creo que realmente tenemos una solución ahora para esta espantosa situación". ¿Un tratado de paz en nuestra época?

⁵⁵ Desde los años ochenta en adelante, el criterio que se asumió fue que los médicos estuvieran primero al servicio de sí mismos, en lugar de estarlo al del interés público. Aunque sea obvio que había una cierta parte de verdad en ello, ¿Era esta parte de verdad mayor en los años ochenta que en los setenta del siglo XX o que en los años setenta del siglo XIX? El economista de la salud Alan Maynard era un ejemplo típico de esta línea de pensamiento e la clase dirigente, al escribir que: "... a menos que nos enfrentemos a los médicos, no vamos a conseguir implantar las reformas sanitarias... Los clínicos, que representan tan sólo a sus propios intereses, dominan los procesos de la asistencia sanitaria.... [tenemos que] reforzar el papel de los gestores de la sanidad y de los economistas, que

Capítulo 5

La solidaridad

La biología humana y la práctica de la medicina se basan en la creencia de que las personas son esencialmente iguales, que los secretos de la enfermedad de un rey pueden encontrarse estudiando a un pobre. Aunque los médicos se han comportado a menudo como si los enfermos no tuviesen cerebro, si se los presionaba, tenían que admitir al menos que tal cosa no podía ser nunca verdad. La solidaridad, la creencia en que todos los seres humanos son de una misma especie, en que somos animales sociales que, o nos mantenemos todos en pie, o nos venimos todos abajo, en que nuestra supervivencia depende de la mutua ayuda, tiene sus fundamentos profundos en la ciencia de la biología humana en su conjunto, en la cual hay que incluir los elementos con base científica de la psicología, la sociología, la historia y la política.

EL FASCISMO MÉDICO

A pesar de esta tradición humana, los médicos estuvieron en las primeras filas de los movimientos imperiales y eugenésicos en Europa y Norteamérica antes de la Primera Guerra Mundial que fueron los que sentaron las bases del fascismo, el cual se aprovechó inicialmente del darwinismo social, cuyo desarrollo tuvo lugar principalmente en Gran Bretaña y en Estados Unidos¹. En 1933, Alemania tenía los equipos de investigación más avanzados del mundo y los médicos y cirujanos más innovadores, igual que los tienen hoy en día los Estados Unidos, pero los mismos no hicieron nada efectivo para salvar a su país de la regresión a niveles

medievales del pensamiento y del comportamiento. Por el contrario, los médicos y enfermeras alemanes se destacaron entre los fanáticos que se lanzaron al abismo. Los médicos constituyeron una proporción mayor de los miembros del partido nazi que cualquier otro grupo profesional. En Alemania, ya en 1932, se redactó una legislación sobre esterilización que fue aceptada por una parte importante de los eugenetistas católicos, judíos y socialistas. La mayor parte de los científicos implicados en las políticas eugenésicas, permanecieron en puestos clave relacionados con la genética humana después de 1945. El programa nazi de eutanasia no encontró ninguna resistencia seria ni por parte de la opinión pública ni de las diversas iglesias². En Estados Unidos, siguiendo las mismas teorías semicientíficas que se divulgaron al público, por lo menos 60.000 personas fueron esterilizadas a la fuerza en la primera mitad del siglo XX³. Medidas similares se tomaron en Suecia en los años treinta⁴. En Gran Bretaña, el gobierno realmente pensó en ellas, con una aceptación similar de los postulados reduccionistas sobre la naturaleza de la herencia, pero por fortuna nunca se pusieron en práctica.

Obviamente, ni la ciencia médica ni la práctica clínica de entonces proporcionaban por sí mismas garantías contra las formas más extremas de pensamiento y comportamiento inhumanos. Hasta hace muy poco, las organizaciones profesionales no han empezado a organizar una resistencia sería por parte de sus miembros dondequiera que el poder completo del estado autoriza la violencia por parte de sus servidores uniformados o por parte de sectores criminales de su población contra grupos a los que se tacha de ser enemigos de la sociedad, como ocurrió en la URSS, en Sudáfrica y en la mayor parte de América Latina desde la Segunda Guerra Mundial y ocurre, en la actualidad, en todo el Oriente Medio.

Las aplicaciones inhumanas de la ciencia humana sólo pueden tener lugar si nuestra propensión natural a la solidaridad se concentra exclusivamente en la gente que nosotros elegimos o que otros han elegido por nosotros, frente a otras gentes a las que demonizamos y excluimos. Estas son las solidaridades de nuestra prehistoria, cuando la supervivencia de la

tribu parecía lo único importante y no estaba en cuestión todavía la supervivencia del ser humano individual. La respuesta tiene que estar en rechazar siempre la aceptación de esas exclusiones. Para los profesionales sanitarios ésta es una regla de aplicación mucho más fácil que para los de otras muchas profesiones, porque hemos establecido límites y fronteras institucionales que refuerzan que nuestro pensamiento y nuestra práctica sean socialmente unificadores. En todas las guerras ha habido excepcionales, y ocasionalmente no tan excepcionales, trabajadores sanitarios que atendieron a los enemigos enfermos y heridos de la misma manera que a sus amigos. Las convenciones de Ginebra puede que no hayan contado mucho, pero algo han contado.

Cuando acabé la carrera en 1952, todos los servicios del NHS eran accesibles de manera gratuita a cualquiera que los necesitara en Gran Bretaña. Incluir a quienes no eran ciudadanos británicos podría no parecer lógico a primera vista, pero si se daba la circunstancia de que un marinero griego o un cocinero francés o un visitante americano que había venido a ver a su abuela enferma se rompía una pierna o cogía una pulmonía, nuestra primera consideración era ayudarlos sin preguntarles quién iba a pagar. Aunque se podía haber obligado a rellenar a los visitantes extranjeros un montón de impresos y a pagar por su asistencia, en un sistema sin pago, los costes de obtención de todos esos datos estaban lo bastante próximos a los potenciales ingresos que generarían como para que tuviese sentido hacer del cobro un innecesario acto de mezquindad, que sólo habría servido para probar que nunca se puede dar nada sin pago a cambio. El experimento definitivo lo hizo el Gobierno de Margaret Thatcher en 1983, cuando obligó a los miembros de la plantilla de la Administración Sanitaria de Sheffield, en los tres primeros meses de funcionamiento de sus nuevas normas, a interrogar a 50.000 enfermos para cobrar a los visitantes de fuera. Entre los 50.000, encontraron un total de ocho que tenían que pagar, cuyos abonos totales importaron 4.066 libras esterlinas, pero casi la mitad de esta suma correspondió a enfermos que se fueron sin pagar. Las autoridades decidieron dirigirse a los tribunales sólo si ello tenía sentido desde el punto de vista económico, lo que, por supuesto, no

sucedió en ningún caso ⁵. Al igual que las facturas impagadas a los médicos en la etapa de mercado previa al NHS, cuesta más reclamar a través de los tribunales las deudas con el NHS que lo que las mismas valen en sí. En 1949, un año después de que comenzara a funcionar el NHS, los periódicos basura lanzaron al aire alarmantes historias de despilfarro en el nuevo NHS gratuito, incluyendo entre ellas el cuento de que los marineros extranjeros estaban llegando en tropel a Liverpool para conseguir dentaduras postizas gratuitas del NHS, que luego ponían a la venta en un bazar de Bagdad. El gobierno de Attlee temió que tal cosa fuese cierta y puso en marcha una investigación. Esta investigación reveló que un total tan importante como diez marineros habían ido a ver a un dentista del NHS en el primer año de su funcionamiento, sin que hubiera evidencia de ningún abuso por su parte ni de que hubiera dentaduras del NHS en Bagdad⁶.

La solidaridad es sencilla y, en sentido amplio, verdadera. Cuanto más simple la podamos hacer, más verdadera será. La sanidad es un terreno en el que la generosidad es un comportamiento natural que tiende a crear, a cambio, una generosidad recíproca. No obstante la existencia de muchas historias desagradables similares, la experiencia general, tanto de los miembros de las plantillas como de los pacientes del NHS ha confirmado este optimismo. Las historias o son rumores de periódicos basura, como la del comercio de dientes falsos de los marinos, o están basadas en incidentes excepcionales que se recuerdan precisamente por su carácter excepcional.

La solidaridad tiene sus orígenes en las ventajas, en lo que concierne a la supervivencia, de acumular y unificar los riesgos. Si ayudo a los débiles cuando soy fuerte, cuando sea débil, puedo esperar que otros más fuertes me ayuden a mí; este es el principio de la reciprocidad ⁷. Todas las sociedades humanas han tenido esta característica, que es incluso más obvia en las economías de subsistencia de los cazadores recolectores y de los nómadas que en las economías más avanzadas en las que hay un excedente agrícola o industrial y un sistema de asistencia evolucionado. Los sistemas basados en acumular y unificar los riesgos de manera global son

inmensamente más eficientes que los sistemas de aseguramiento contributivo de cualquier clase. Sobre todo, son más eficientes que los de riesgos individuales calculados que aplican los seguros privados comerciales⁸. Si todo el mundo tiene derecho a atención conforme a sus necesidades, evitaremos que proliferen una enorme burocracia de asesores de riesgos, recaudadores de primas, detectores de fraudes y directores millonarios o billonarios, que capitaneen a un ejército de inversores. Lo único que necesitamos es pagar nuestros impuestos sobre la base de una única evaluación de nuestros ingresos. Estos impuestos financian luego la economía interna de un NHS sin pagos (o de cualquier otro servicio que decidamos convertir en un derecho humano compartido, en lugar de que sea un bien de consumo) y esta es la finalidad de los mismos. El NHS previo a la “reforma” funcionaba porque pocos querían estar enfermos y la mayoría eran lo suficientemente inteligentes y civilizados como para entender que tenía bastante sentido pagar a lo largo de toda la vida por un servicio que esperaban utilizar lo menos posible o, idealmente, nunca. Aunque nuestra prensa y nuestros expertos oficiales no dejan de decirnos lo contrario, esto es lo que piensa la mayoría de la gente, porque este punto de vista se basa en la experiencia de cada día del NHS, incluso en su actual estado de mutilación. La gran debilidad de los Estados Unidos es que ni sus ciudadanos ni sus profesionales sanitarios han tenido nunca esta experiencia⁹.

SOLIDARIDAD NO ES ALTRUISMO

No debe confundirse solidaridad con altruismo. Se trata de un área de pensamiento que requiere claridad y realismo rigurosos, y no sentimentalismo. La opinión de Adam Smith, expresada en *La Riqueza de las Naciones*, de que la mayoría de la gente actúa la mayor parte del tiempo por su propio interés, era correcta. La economía sostenible no trata con gente excepcional en estados excepcionales de fervor moral, sino con personas corrientes con su pensamiento y comportamiento cotidianos. El concepto de altruismo, o motivación para actuar no para uno mismo sino para los

demás, en contra de los propios intereses personales, es natural y adecuado para los académicos liberales. La propia experiencia de éstos refuerza continuamente su creencia de que una amplia conciencia social es una carga económica y que actuar de manera generosa es habitualmente hacerlo contra el propio interés material. Durante varias generaciones de trabajadores industriales organizados esto sencillamente no era verdad; no pensaban en términos de altruismo, sino de solidaridad. La experiencia les había enseñado que sus intereses personales, o los de sus familias, se satisfacían casi siempre mejor actuando a favor de los intereses del conjunto de su comunidad, la cual se basa en su trabajo. Las instituciones ajenas al mercado, como el NHS y la Educación Pública se crearon como consecuencia de esa solidaridad y por la respuesta de los dirigentes a la amenaza que representaba para sus privilegios, no por el altruismo de unos ni de otros¹⁰.

El concepto solidaridad como principio fundamental que gué la atención sanitaria tiene su completa antítesis en la visión de que dicha atención puede proporcionarse de la forma más efectiva posible contemplándola como si se tratase un bien de consumo con el que se comercia para obtener ganancias. En 1999, tras la aparición en el *New England Journal of Medicine* de datos evidentes contra el lucro como motivación en la sanidad, se entabló una verdadera batalla en sus columnas de correspondencia. Ninguno de los airados defensores de la motivación por el lucro presentó ninguna demostración capaz de refutar los datos que se habían mostrado. Dondequiera que las creencias adquieren intensidad de carácter religioso, la evidencia se hace irrelevante, porque se excluye incluso la posibilidad de la duda. He aquí un fragmento de una de las cartas mencionadas:

“Afirmar ... que los principios del libre mercado no son aplicables a la sanidad es como creer que la ley de la gravitación no es aplicable a determinados objetos de este planeta. Sostener este mito es sólo comparable a aferrarse a una visión precopernicana del universo. Cuando el dinero es el objetivo, todo el mundo sale ganando ¹¹.”

El médico que escribió esto es, como la mayoría de los de su generación, un discípulo ortodoxo de Friedrich Hayek, Milton Friedman y la escuela de economistas de Chicago. Como muchos otros a los que les había ido bien en el mercado global¹², tenía una confianza ciega en que esta afirmación era correcta, lo llevase adonde lo llevase. Los dirigentes de la sociedad dicen que hay que hacer elecciones difíciles. Para hacer progresos económicos tienen que endurecer los corazones sin tener en cuenta los resultados inmediatos, tales como el desempleo masivo o la destrucción de los conocimientos profesionales, porque, a largo plazo, así se crearía más riqueza. Algo de esa riqueza se derramará eventualmente al resto de la sociedad y cuanto mayor sea el montón de los ricos, más migajas les caerán a los pobres. No puede ser de otra manera.

Este tipo de fe religiosa en un universo movido por el lucro, en el que la teoría económica no se somete a prueba frente a la experiencia empírica, ni respecto a su valor predictivo y no se le pide que explique o resuelva con rapidez los cada vez más numerosos problemas sociales del mundo real, es en sí misma nuestro mayor problema. El universo precopernicano fracasó cuando se lo obligó a explicar y predecir los sucesos del mundo real. En sanidad, es obvio que, cuando el dinero se convierte en el objetivo, todo el mundo acaba perdiendo. La sociedad con un mercado libre totalmente desarrollado obliga a que cada uno se convierta en ganador o en perdedor. Ambas situaciones distorsionan o destruyen la creatividad humana, nuestra mayor fuente de salud y de felicidad. Aun cuando algunos de los perdedores obtengan ocasionalmente más migajas de los ganadores de las que podrían obtener por su propio trabajo de subsistencia, incluso los ganadores van a perder eventualmente: primero su integridad y autoestima y después nuestro planeta como hábitat compartido por todas las especies. No hay forma de escapar a la solidaridad humana.

¿Cree realmente alguna persona bien informada que los avances en la ciencia médica y las innovaciones asistenciales tienen que impulsarlos la codicia y no la ambición de servir bien a nuestra sociedad presente y

futura? ¿Cree alguien, de verdad, que los grandes pioneros de las ciencias médica y de enfermería habrían trabajado con más intensidad para ganar dinero de lo que lo hicieron por la dignidad y el honor de haber conseguido algo real para hacer del mundo un lugar más feliz?¹³.

En un servicio público dedicado claramente a enfrentarse con las necesidades humanas y no a obtener beneficios o a promover las carreras de los de arriba, la motivación es rara vez un problema. Los trabajadores del NHS aman su trabajo de forma arrolladora, y sólo piden que se les permita hacerlo de acuerdo con los criterios que han aprendido. Si acaban por odiar o temer a su trabajo, habrá que hacerse preguntas importantes, a propósito de los salarios, las cargas de trabajo o los abusos de la todavía persistente jerarquía, pero sobre todo, si el servicio está verdaderamente dedicado a responder a las necesidades humanas y no a las demandas orientadas al negocio de los gestores y si los trabajadores realmente controlan su proceso creativo¹⁴.

La solidaridad es bidireccional. El NHS también depende de que los enfermos y las comunidades ayuden a sus trabajadores. Cuando la sociedad misma empieza a caer en una guerra de todos contra todos, una batalla para toda la vida entre consumidores, en la cual el hacer cola es un hábito social que se ha perdido y las demandas personales se convierten en una fuerza que lo consume todo (igual que sucede, por ejemplo, en la drogadicción) puede parecer que es casi imposible recuperar la solidaridad. Sin embargo, sigue constituyendo la única base posible para una sociedad que evolucione y se mantenga. Aceptar que hemos perdido la solidaridad es una rendición incondicional al pasado y una traición al futuro.

LAS DESIGUALDADES INTERNAS EN SALUD Y SANIDAD

Mi madre se licenció en Medicina inmediatamente después de la Primera Guerra Mundial y fue de la primera promoción de especialistas en Endocrinología. A los doce años, tuvo un ataque de fiebre reumática, una enfermedad frecuente entonces entre los pobres, pero que se veía a

menudo también en familias prósperas de profesionales como la suya. A los cincuenta y dos años, tuvo un ictus embólico extenso por la estenosis mitral que tenía como consecuencia tardía de su padecimiento de la infancia. Cinco años después tuvo otro ictus embólico, y murió.

La fiebre reumática aguda ha desaparecido en la práctica de Gran Bretaña hoy en día. Entre 1953 y 1963, cuando trabajaba como médico general en comunidades relativamente pobres, vi tres casos nuevos de fiebre reumática, los tres últimos que he visto en mi vida. Los estudiantes que quieran tener experiencia de esta enfermedad ahora rara, pero antaño frecuente, encontrarán todavía abundantes casos en África Occidental, Río de Janeiro o India y, de manera ocasional, en Chicago, Washington DC y Harlem¹⁵. La cardiopatía reumática aguda y otras enfermedades relacionadas con la infección estreptocócica, como la nefritis aguda, están relacionadas causalmente con la pobreza, principalmente a causa del hacinamiento. La pobreza material de este grado es actualmente rara en Gran Bretaña, excepto en las recientes barriadas de inmigrantes. La lección que hay que aprender es que, dondequiera que haya gente acomodada que viva cerca de otra pobre, algunos niños acomodados compartirán las enfermedades de los pobres. La respuesta automática refleja del diario Daily Mail, ante esto, es la segregación. Que quienes puedan costárselo se vayan a vivir en áreas residenciales suburbanas del campo o en comunidades urbanas cerradas a cal y canto, que se meta en prisiones o se expulse del país a quienes se pueda y se espere que se callen y sepan comportarse quienes son demasiado pobres o demasiado británicos como para hacer con ellos una de estas dos cosas. La experiencia a propósito de la drogadicción y del SIDA demuestra que no se pueden poner puertas al campo y todas las fronteras tienen agujeros. Por fortuna, mientras existan los pobres, sus enfermedades seguirán amenazando a los descendientes de los ricos.

“La creencia de que los diversos estratos de la población de un país están separados y no funcionan como en un ecosistema único que afecta a unos y a otros, ha impulsado a los Estados Unidos a una crisis de estructura social y económica y de salud y orden público tan severa que, incluso pará-

metros tan toscos como la esperanza de vida muestran, cierto deterioro. Ello refleja un profundo error: se confunde concentración con contención.... Es de esperar que las políticas públicas o las actuaciones económicas que convierten en marginales a las comunidades vulnerables dentro de Europa provoquen una crisis similar a la que ahora arrasa a los Estados Unidos ¹⁶”.

Estas palabras se escribieron en 1997, cuando Gran Bretaña votó, dando un vuelco todo el país, por el fin de la era Thatcher y su retrógrado deslizamiento hacia el capitalismo sin regulación y sin impuestos de Estados Unidos, regresando a la era de los barones ladrones de antes de la Primera Guerra Mundial. Nunca nos percatamos los británicos de lo que habíamos votado. La brecha entre los ingresos y la riqueza de los ricos y de los pobres ha seguido creciendo con el Nuevo Laborismo, de la misma manera que lo hizo con los gobiernos conservadores porque, igual que antes, se sigue dando prioridad, por encima de cualquier otra consideración, a la satisfacción de los deseos inmediatos de las grandes compañías multinacionales¹⁷. Entre los profesionales médicos ha progresado poco la negación de la idea de que todos compartimos el mismo ecosistema, pero las clases acomodadas, educadas y liberales ya actúan así respecto a sus opciones respecto a dónde vivir y cómo educar a sus hijos, porque los dos partidos políticos que se alternan en el poder han renunciado a adoptar las decisiones colectivas que los individuos no pueden adoptar por sí mismos, aun cuando ésta fuera la forma de vivir que prefieren. Ésta es la filosofía que subyace en las actitudes xenófobas que hoy en día propala el Partido Conservador y su prensa en Gran Bretaña y que acepta el Nuevo Laborismo y que, en un grado algo menor, emiten los medios de difusión, como su propio programa.

Las grandes diferencias en mortalidad entre los grupos sociales y las incluso mayores en morbilidad que las mismas translucen son un peligro para todo el mundo. Aunque las reparaciones técnicas crearon más tarde soluciones clínicas individuales para el problema de mi madre (comisurotomía mitral, reemplazamientos valvulares y embolectomía auricular), estas reparaciones siguen siendo ineficientes y costosas si se comparan

con las actuaciones preventivas fácilmente accesibles a lo largo, por lo menos, de los dos últimos siglos: el realojamiento de los pobres en las condiciones que deseamos para nuestras familias¹⁸, para lo que no existieron programas nacionales serios hasta después de la Segunda Guerra Mundial, e incluso en ese momento no existieron de forma continuada¹⁹. El paralelismo entre cardiopatía reumática y cardiopatía coronaria es casi exacto -ambas son epidemias sociales para las que hay dos conjuntos de respuestas: o las reparaciones quirúrgicas, extremadamente ingeniosas, pero onerosas y socialmente ineficientes, o los cambios masivos en los planes de alojamientos sociales, de educación, y de nuestros hábitos alimenticios para conseguir que las personas se conviertan en ciudadanos inteligentes en lugar de consumidores pasivos, así como proporcionar condiciones que permitan elegir opciones inteligentes²⁰. Estas cosas no son más imposibles hoy en día de lo fue el dotar de viviendas decentes a las personas en la primera mitad el siglo XX.

También tenemos evidencia firme a lo largo de periodos de tiempo prolongados, especialmente por estudios realizados en California y en Suecia, de que quienes viven en entornos personales de familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, más amplios, más integrados, más estables y más participativos, viven más años que quienes están aislados. La verdadera comunidad tiene importancia para la salud. Tal vez no exista relación con patrones específicos de enfermedad, sino con factores más generales que tienen que ver con las tasas de envejecimiento y de resistencia a las enfermedades²¹. La sociedad adquisitiva, en gran medida desigual y desestabilizada que ha creado la acción sin control de las fuerzas del mercado es, por lo tanto, intrínsecamente insana. Las fuerzas del mercado propagan una mala salud, de la misma manera que propagan la criminalidad y todo tipo de comportamientos egoístas. En el contexto de las líneas de pensamiento establecidas que perciben la salud como la ausencia de cualquier enfermedad específica, todo esto es más fácil de comprender que de demostrar, pero sigue siendo una creencia popular que se mantiene de forma tozuda porque confirma la experiencia popular y, al mismo tiempo, es la visión que comparten la mayor parte de los sociólogos.

LAS DESIGUALDADES GLOBALES EN SALUD Y EN SANIDAD

Los peligros que suponen para la salud nacional los guetos socioeconómicos, tienen su obvia contrapartida en los peligros para la salud mundial que representan las bolsas de enfermedades no controladas que hay en la práctica en todos los países fuera de Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda. Este problema solía constituir el programa principal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando la misma era una agencia de las Naciones Unidas verdaderamente independiente, no un pariente pobre del Banco Mundial.

El Banco Mundial (BM) empezó a finales de los años setenta a interesarse por las políticas globales de salud, cuando este asunto empezó a interesar a los inversores. Desde 1984 a 1989, los créditos del BM relacionados con la sanidad se mantenían más o menos estables en unos 250 millones de dólares estadounidenses al año, que eran alrededor de la mitad del presupuesto de la OMS. Entre 1989 y 1990, los créditos para sanidad se multiplicaron por cinco, hasta 1.250 millones de dólares, muy por encima de los 700 millones que gastó la OMS. En 1996, estos créditos iniciaron una escalada creciente que continúa todavía hoy en día, que los llevó a ser más del doble del presupuesto íntegro de la OMS en el año 2000²².

Estos hechos reflejan las pautas cambiantes de la inversión de los Estados Unidos. En ese país, más de la tercera parte del crecimiento económico entre 1994 y 1999 fue por la exportación de servicios. El Banco Mundial calculó que, sólo en los países menos desarrollados, el desarrollo de infraestructuras con algún tipo de respaldo privado creció desde 15.600 millones de dólares en 1990 hasta 120.000 millones en 1997. Alrededor de un 15% fueron inversiones extranjeras directas para proyectos públicos, con créditos o ayudas condicionados al establecimiento de nuevas políticas de privatización y de cobro directo a los enfermos²³. Los efectivos servicios asistenciales socializados que, en su día sirvieron de modelos espléndidos de las mejores actuaciones con éxito, como los casos de los de Kerala y Sri Lanka, se destruyeron y se privatizaron por

las presiones del BM con presumibles consecuencias desastrosas para la salud pública²⁴. En la Unión Europea, desde noviembre de 2004, ha habido una pugna entre su Comité de Competencia, dirigido por Fritz Bolkenstein, que quiere un mercado único para todas las industrias de servicios, y los defensores del artículo 52 del tratado de la Unión Europea que insisten en que cada uno de los estados miembros debe conservar sus responsabilidades respecto a sus servicios sanitarios²⁵. Esta pugna preocupaba a políticos que estaban interesados en ser reelegidos y también a 60.000 sindicalistas que se manifestaron en Bruselas en marzo de 2005 para recordarles que necesitaban serlo (lo que no se publicó en los principales medios de noticias británicos)²⁶. En la práctica, los banqueros han substituido a los profesionales sanitarios como directores de la política sanitaria global, en la que, junto con la Organización Mundial del Comercio (OMC), se oponen a la política de la OMS, desde 1946 a 1990, de favorecer la socialización de la asistencia sanitaria, no porque la OMS estuviera vinculada con una ideología, sino porque esta política era la que claramente funcionaba²⁷.

A pesar de su débil liderazgo desde los tiempos de Hafdan Mahler, la OMS todavía existe, como el NHS, representa una idea inmensamente popular que es casi imposible de destruir mediante un ataque frontal. En la actualidad está rodeada por muchas organizaciones no gubernamentales (ONG), por ejemplo Médecins Sans Frontières (Médicos sin Fronteras), que tienen incluso más atractivo para las generaciones a las que aún no han desgastado el cinismo y la desesperanza complaciente. Excepto en unas pocas especialidades completamente técnicas, los expertos en medicina y enfermería tienen mucha menos movilidad internacional de lo que cree mucha gente. La práctica clínica eficaz y eficiente depende casi siempre de las estrechas relaciones entre los cuidadores y los enfermos y requiere estar familiarizado con las costumbres, las culturas y los idiomas. Sin embargo, hay también tradiciones relativas a la asistencia, con siglos de antigüedad, que traspasan las fronteras nacionales, étnicas, religiosas y políticas, similares a otras de oposición profesional a los crímenes y torturas militares y judiciales, que harán cada vez más difícil la vida

a los políticos que ahora se inclinan por dar de lado a las instituciones internacionales tales como las Naciones Unidas, la Corte Penal Mundial e, incluso hoy en día, la Convención de Ginebra, pues las consideran obstáculos para el comercio global, el libre movimiento de capitales y el libre despliegue de poder militar. Compatibilizar en el futuro el verdadero respeto por las diversidades locales, y un verdadero internacionalismo podría impulsar un renacimiento de determinadas autoridades mundiales verdaderamente susceptibles de rendir cuentas, sin las que no tendremos en absoluto ningún futuro. La inmediata amenaza de la gripe aviar mutante revela que es imposible abandonar la OMS y otros organismos de la ONU a través de los que pueden desarrollarse y aplicarse políticas racionales.

UNA NUEVA ECONOMÍA DEL RIESGO COMPARTIDO

La salud pública depende del hecho de reconocer que los que tienen más poder no pueden monopolizar el disponer de una salud óptima, sino que han de compartir esto con todo el mundo. Del mismo modo, los avances que se requieren en la ciencia para lograr mejoras en materia de salud más allá de asegurarnos que garantizamos que todo el mundo come, y tiene un alojamiento y acceso a la educación, exigen inversiones tan enormes, de tan dudosa rentabilidad y cuya obtención de beneficios puede retrasarse tanto, que sus riesgos han de ser compartidos por la sociedad en su conjunto, incluso a lo largo de más de una generación.

En el caso de que los servicios esenciales llegasen a depender alguna vez, en gran parte, de los inversores privados con ánimo de lucro, los fracasos del mercado se harían intolerables no sólo para los decepcionados jugadores en la bolsa, sino para la sociedad en su conjunto. El motivo original por el que el estado asumió la responsabilidad respecto a las infraestructuras esenciales, tales como educación, sanidad, carreteras, puentes, muelles y puertos, servicios postales, policía, prisiones, fuerzas armadas, vivienda para la clase trabajadora industrial y apoyo para múltiples artes creativas y deportes fue que ninguna de estas cosas parecía lo bastante

rentable como para que los capitalistas decidieran llevarlas a cabo o apoyarlas al nivel que necesitan en una economía desarrollada. En la práctica, en todos los países, los sistemas nacionales ferroviarios acabaron por no resultar rentables y tuvieron que, o bien mantenerlos mediante subvenciones colosales provenientes de los impuestos, o bien nacionalizarlos y convertirlos en una responsabilidad más del Estado. En la mayoría de los países europeos, lo mismo sucedió con las minas de carbón y con otras fuentes de energía, por los mismos motivos.

Ninguna de esas industrias propiedad del estado se socializó, en el sentido de que las características del trabajo en sí se hicieron más inhumanas y deshumanizadoras. Los principios de Henry Ford se aplicaron a las industrias nacionalizadas, mediante técnicas de gestión similares a las del sector industrial privado. Sin embargo, los trabajadores de las industrias propiedad del Estado lograron enormes progresos en seguridad, porque no se podía permitir que fallasen las industrias esenciales y su supervivencia no dependía ya de su rentabilidad. Con no tener pérdidas ni beneficios tenían bastante.

La era neoliberal supuso un cambio, aunque menor del que sugirieron sus apologistas. Afirmaban que las industrias tenían que aprender a mantenerse en pie sin ayudas o a caer en bancarrota. El mundo, señalaban, debe volver a la disciplina del mercado y hay que dejar que tanto el éxito como el fracaso encuentren sus propios límites naturales. El tipo límite del 50% del impuesto sobre la renta que existía cuando la Sra. Thatcher fue elegida por primera vez, se hizo impensable para cualquier partido político que aspirase seriamente a competir por el gobierno; mientras tanto, el desempleo masivo se convirtió en algo aceptable por primera vez desde 1945. Naturalmente, aceptable no para quienes podían quedarse en paro sino para quienes tenían poder de decisión sobre las vidas de los demás²⁸.

El único aspecto de esta retórica que se cumplió en la realidad fue el desempleo masivo y el descenso real de los salarios en las industrias de manufactura y pesadas básicas. A los trabajadores anclados en la era,

ahora obsoleta, del trabajo manual se les dejó, sin ningún lugar a dudas, que nadaran o se hundieran. Pero los mayores empresarios e inversores, cuyos creadores de opinión habían conseguido que se eligiese a Thatcher y a Reagan, podían estar tranquilos de que la transición por su parte a la nueva economía global sería tan poco traumática como el gobierno fuera capaz de lograrlo. Los gobiernos que dicen que han trasladado el peso de las necesarias inversiones sociales de los contribuyentes a los inversores privados no han transferido los riesgos. Los ferrocarriles, escuelas, prisiones u hospitales no consiguen tener éxito en la competencia del mercado, se mantienen funcionando mediante subvenciones casi sin excepción, y esas subvenciones se siguen nutriendo de los impuestos. El gran cambio consiste en que las empresas públicas, de las que antaño tenían que dar cuentas los representantes elegidos por el pueblo, se han convertido en negocios privados, amparados en el secreto comercial, en los que la planificación central racional se ha substituido por la demanda de los consumidores, y ha de incluir los costes añadidos del beneficio para los inversores y los salarios astronómicos para sus altos ejecutivos.

El capitalismo maduro sólo puede desarrollarse como una máquina burocrática estrictamente regulada, tan identificada con el gobierno que los conflictos de intereses se conviertan en la norma y cada político con éxito pueda estar seguro de que va a tener un gran futuro personal en los negocios. Esto es lo que sucedía con sus predecesores del siglo XVIII en los tiempos del auge del soborno y de la corrupción. Colin Leys estima que alrededor de la mitad de los ingresos por la vía de los impuestos ahora van a parar eventualmente a compañías rentables, en comparación con un poco más de un cuarto de lo que lo hacían a mediados de los años setenta²⁹.

El retorno a un gobierno débil y a la sencillez de una economía de pequeños negocios sigue siendo crucial para la plataforma del Partido Conservador, pero no tiene lugar alguno en la actuación práctica de cualquier partido próximo al poder y, en la actualidad, está perdiendo credibilidad entre los votantes. Cambiar desde esta nueva concepción de que los

riesgos de la inversión moderna tienen que ser compartidos por el conjunto de la sociedad a la de que es algo que ha de aplicarse también a los beneficios es un pequeño paso, aunque darlo implique cruzar la barrera más profunda que pueda existir a nivel ideológico.

LOS RIESGOS COMPARTIDOS EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Dos industrias son, más que cualesquiera otras, ejemplos típicos de esta nueva relación entre gobierno y poder empresarial: la industria de armamento, que produce artículos para destruir la vida y la farmacéutica que produce bienes de consumo que pretende hacerla más larga y más dichosa, en palabras de su asociación de empresarios, una finalidad “no sólo necesaria, sino también noble”. Los objetivos de ambas son la obtención de beneficios. ¿Son estos objetivos una necesidad o simplemente el camino por el que, hasta ahora, han evolucionado?

No hay ninguna evidencia convincente de que la motivación para introducir innovación en las ciencias de la salud tenga que depender de la previa obtención de beneficios. Lo que pudiera confundirse con una evidencia en ese sentido es el hecho de que la investigación, el desarrollo y las innovaciones originales hay que pagarlos. Implican un trabajo, quienes trabajan en estos terrenos han de vivir de algo, por lo que no pueden hacerlo gratis. Si la política del gobierno prohíbe la financiación pública, las innovaciones no tienen más alternativa que financiarse a expensas del mercado, a cambio de entregar los beneficios esperados a los inversores. La retirada paulatina del estado como propietario y financiador ha conducido a la comercialización creciente de la investigación básica, con una dependencia cada vez mayor de las empresas farmacéuticas. Aunque el estado subvencione esta investigación a través de exenciones fiscales selectivas, han continuado aumentando los acuerdos de precios fijos y de contratos en los que se fija una cantidad que hay que abonar por encima de los costes.

De hecho, la contribución de los estados al progreso de estas industrias no ha disminuido, sino sólo el control que éstos tienen sobre la forma en que aquéllas gastan el dinero estatal. Incluso en Estados Unidos, la mayoría de la investigación básica de la que se derivan los nuevos medicamentos sigue todavía siendo financiada directamente por el estado y efectuada en los departamentos de las universidades. Inclusive en 1990, el gobierno federal de Estados Unidos proporcionaba todavía alrededor del 45% de toda la financiación para la investigación y el desarrollo farmacéutico, en comparación con otro 45% que proporcionaban las compañías y que se complementaba con un 10% de donaciones benéficas³⁰.

Aunque las industrias farmacéuticas de los países con economías desarrolladas producen enormes beneficios, la competencia normal del mercado ha desaparecido en la práctica. El desarrollo, producción y comercialización de cualquier producto farmacéutico está estrechamente regulado por los gobiernos, para proteger a los enfermos contra los efectos colaterales nocivos, a los sistemas asistenciales de la bancarrota y para preservar la rentabilidad para los inversores, de modo que sus negocios sigan creciendo y puedan seguir pagando impuestos y proporcionando empleo. Las compañías farmacéuticas invierten en desarrollos e investigación un porcentaje más alto de sus ingresos que cualquier otra industria, excepto las de armamento y las de informática, en el caso de Estados Unidos alrededor del 16% del total. En 1993, de todos los compuestos sintetizados entre 1961 y 1993, sólo alrededor de uno de cada 60.000 obtuvo unos beneficios de más de 100 millones de dólares al año (el umbral convencional que se estima para considerarlo un éxito comercial), con un intervalo medio de 10 años entre la idea inicial de la investigación y la comercialización del compuesto³¹. Aunque los costes de producción tienden a disminuir, los de investigación y desarrollo continúan creciendo. Los riesgos de un fracaso comercial aumentan rápidamente al basarse las ventas en la existencia de millones de pacientes cuyo riesgo personal de estar enfermos disminuye, mientras aumenta el de tener efectos colaterales nocivos, muchos de los cuales se desconocen antes de la comercialización³².

En Gran Bretaña, no es la competencia comercial la que determina los beneficios de las compañías farmacéuticas, sino los acuerdos secretos mediante los cuales el gobierno, que todavía es, a través del NHS, casi un consumidor exclusivo, garantiza unos beneficios de elevada cuantía, a cambio de abonar unos precios mucho más reducidos que los que se pagan por los mismos medicamentos en Estados Unidos o en la mayoría del mercado globalizado³³. Como señalaba Alan Maynard en 1991:

“Aunque a menudo se la considera un epítome del capitalismo, la industria farmacéutica se beneficia de la regulación gubernamental, que asegura la ausencia de competencia en los precios.... El Esquema de Regulación de Precios Farmacéuticos (ERPF) exige a las empresas que revelen sus detalles comerciales al Ministerio de Sanidad. A cambio, el gobierno permite que la industria ajuste sus precios para lograr unos elevados beneficios finales (que se rumorea que son del 18 al 20% en la actualidad), sobre su capital histórico. Esta situación proteccionista la gestiona una determinada dependencia del Ministerio de Sanidad; mientras tanto, otra rama del mismo aumenta los costes del desarrollo de medicamentos, supervisando el proceso de trasladar un fármaco desde el laboratorio hasta el enfermo. El Reino Unido tiene poca tradición de regulación de negocios independientes, comparada con la de Estados Unidos y los nuevos mecanismos, instrumentos y técnicas de regulación, tras los procesos de privatización y de competencia que se introdujeron en los años ochenta se han diseñado en un medio de vacío intelectual complicado por los hechos o ya previo a los mismos. Estos cambios no se limitan a la industria farmacéutica, pero solamente esta industria tiene las complicaciones adicionales que suponen las patentes internacionales, las elevadas barreras para que no entren nuevos productos (por ejemplo, costos de seguridad elevados y legislación eficaz), un único comprador de sus productos, el NHS, y una competencia entre productos (no un precio) creada y mantenida por el gobierno. Las complejidades ocultas de la regulación de la industria farmacéutica están cambiando, pero su naturaleza precisa y su eficacia permanecen secretas. Los capitalistas son los enemigos del capitalismo, al tratar de lograr un poder monopolístico y de corromper el mercado para obtener un beneficio y socavar los poderes del consumidor³⁴”.

La producción farmacéutica basada en laboratorios empezó a finales del siglo XIX, primero en Alemania, luego en Suiza y Francia. Gran Bretaña, en gran parte por la necesidad de un control efectivo de las enfermedades tropicales en su imperio, empezó a desarrollar algo de industria independiente, basada en la investigación, en 1894, con los Laboratorios Wellcome. La investigación y el desarrollo quedaron concentrados en Alemania, donde el desarrollo de la Sulfanilamida en 1935 fue el primer avance hacia el logro de una medicación efectiva a escala masiva, con un impacto realmente substancial en la mortalidad. La Segunda Guerra Mundial y la ocupación nazi de Europa, mostraron la debilidad de esta industria tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos. A partir de 1941, ambos países hicieron enormes inversiones que, de manera efectiva, crearon nuevas industrias modernas en ambos países. Su producto más destacado fue la Penicilina, que representó un enorme avance sobre las sulfamidas tanto en efectividad como en seguridad. La mayor parte de la investigación básica se hizo en Gran Bretaña, mientras que el desarrollo y fabricación del producto se llevaron a cabo en Estados Unidos, otorgando a la industria estadounidense un liderazgo que nunca ha perdido desde entonces, primero en antibióticos, luego es psicofármacos. Hacia 1965, el mercado farmacéutico en su conjunto se valoró en 10.000 millones de dólares, aumentando a 80.000 millones a principios de los años ochenta, con alrededor de un 25% del mismo en manos europeas y el resto repartido entre Estados Unidos y Japón³⁵. Muchos medicamentos importantes son relativamente baratos y sencillos de fabricar como genéricos, de modo que países como Sri Lanka, Brasil, la India, Polonia y Hungría han desarrollado sus propias industrias muy competitivas, sin ninguna investigación básica substancial, pero necesitando un gran compromiso político para enfrentarse a las enormes presiones de todo tipo por parte de las grandes compañías multinacionales que tratan de proteger y extender sus derechos de patente y de determinados estados y agencias internacionales que actúan en su nombre. Aún existe esta posibilidad para cualquier país, incluso pequeño, con suficiente imaginación y valor como para crear tal tipo de industrias, tanto para abastecer a su propio servicio sani-

tario, como para exportar sus productos a precios bajos a otros países que los necesitan ³⁶.

En el momento actual, las firmas farmacéuticas se infiltran en el Gobierno, las facultades de medicina de las universidades, en las que se concentra la investigación clínica, y los departamentos universitarios de ciencias básicas en los que surgen las ideas básicas, nuevas que, después de que pasen 30 o 40 años sin que de ellas se deriven beneficios económicos, se convierten en el origen de importantes beneficios ³⁷. El apoyo de la industria farmacéutica a la investigación médica en Estados Unidos casi se duplicó de 1980 a 2000 y representa ahora el 62% del total de la financiación de dicha investigación. Alrededor de un cuarto de los investigadores académicos de Estados Unidos tienen en la actualidad vínculos con la industria que hacen que la misma pueda influir y, de hecho, influya en su investigación y sus publicaciones. La investigación patrocinada por la industria tiende a llegar a conclusiones favorables para el patrocinador. Por ejemplo, en ninguno de 61 ensayos patrocinados, en los que se comparaban antiinflamatoiros no esteroideos, resultó que el fármaco de comparación fuese superior al del patrocinador ³⁸. Sencillamente, no se publicaron los resultados de los ensayos que no eran favorables.

El Comité de Expertos en Salud de la Cámara de los Comunes revisó recientemente la industria en Gran Bretaña ³⁹. Su informe confirmó que la industria farmacéutica del Reino Unido genera unas exportaciones netas valoradas en más de 3.000 millones de libras al año, con un presupuesto de investigación de 3.300 millones en el que están incluidos alrededor del 90% de todos los ensayos clínicos de fármacos. Tiene también un presupuesto de propaganda y comercialización de 1.650 millones, en comparación con en 0,3% de esta suma que se gasta por parte del NHS para dar información independiente a los médicos que recetan. La industria financia más de la mitad del total de la formación médica de postgrado del Reino Unido y paga a los líderes clave de opinión que ella misma selecciona hasta 5.000 libras por dar una conferencia de una hora.

Aunque incluso las firmas farmacéuticas más ricas sólo pueden actuar a través de sistemas asistenciales sanitarios organizados o subvenciona-

dos por los estados y tienen que aceptar una estricta regulación estatal para conservar la confianza del público y eliminar a sus competidores más pequeños e incluso menos escrupulosos, insisten en que la innovación y la eficiencia dependen de que sigan funcionando como compañías que actúan para obtener los máximos beneficios económicos para sus accionistas y no para mejorar la salud de todo el mundo. No existe ninguna evidencia de que los investigadores fuesen a trabajar de una manera menos incansable para el beneficio del público que lo que lo hacen para lograr rendimientos para los accionistas y sueldos astronómicos para los principales ejecutivos de las compañías. A continuación del desastre de la Talidomida en 1961 ⁴⁰, primero el Comité Kefauver en Estados Unidos y luego el Sainsbury en Gran Bretaña revisaron por primera y última vez el funcionamiento de las industrias farmacéuticas de sus respectivos países, tomando en consideración al menos la posibilidad de que podrían funcionar mejor como industrias nacionalizadas para el bien común, que dedicadas a ganar dinero para inversores privados ⁴¹. La respuesta de las compañías fue invertir más dinero en relaciones públicas y para ejercer presiones sobre el parlamento británico y el congreso estadounidense, con lo que lograron que no se discutiese nunca más este tema de forma oficial. Sin embargo, parece que no hay ninguna razón convincente, aparte de las nuevas leyes de la Unión Europea y la Organización Mundial de Comercio, que están concebidas para hacer ilegal ese tipo de competencia, por la que el NHS o cualquier otro sistema asistencial no deba investigar, desarrollar, producir y comercializar sus propios medicamentos, en competencia con las firmas comerciales privadas. La experiencia del acceso de los países pobres a tratamientos para el VIH y el SIDA que salvan vidas muestra que, si hay suficiente voluntad política, puede incluirse este tema en los programas políticos ⁴².

Considerando la economía mundial en su conjunto, la eficiencia en todos los sectores de la producción depende cada vez más de la aceptación del riesgo compartido, pues cada vez más proporción de lo que se produce depende de la investigación. Los servicios sanitarios están en la mejor posición posible para poner en marcha un ejemplo del que podrían aprender todos los demás sectores.

¿ESTAMOS ACERCÁNDONOS AL FINAL DE LA SOLIDARIDAD?

A partir de la Segunda Guerra Mundial, prácticamente todos los expertos tradicionales en temas de cambio social han estado de acuerdo en que la base social para la solidaridad ha disminuido. Los puestos de trabajo en la industria pesada y de manufacturas disminuyen, la libertad de elección de los consumidores está reemplazando a los sindicatos y a las organizaciones políticas como instrumentos para que mejore la vida de la gente y se dice que la mayor parte de la clase trabajadora se ha transformado en clase media. Tony Blair, dos años después de haberse convertido en primer ministro, dijo que había hecho:

“un programa para diez años para abordar la pobreza y la exclusión social, al final del cual creo que tendremos una clase media en expansión... en la que estarán incluidas millones de personas que tradicionalmente se veían a sí mismas como clase trabajadora, pero cuyas ambiciones son mucho mayores que las de sus padres y sus abuelos”⁴³.

Junto con todos los que han subido gracias a su apoyo, cree Blair que la ideología natural de los aspirantes a ser de la clase media es el consumismo. Está tratando de reconstruir el tradicional conservadurismo de la nación única para que tenga una base más grande, la amplia, pero ahora casi carente de espíritu, almacén del Partido Laborista.

La clase social puede definirse de manera objetiva por los signos externos de estamento social, o por la riqueza y los ingresos, o bien, subjetivamente, por los grupos con los que las personas deciden identificarse. Consideradas como motivadoras del cambio social, estas autodefiniciones subjetivas definitivas son importantes. Si los individuos no piensan de sí mismos que son miembros de una clase, no actuarán como miembros de tal clase. Marx usó la clase social como una herramienta para el análisis de la estructura de poder de las sociedades, asumiendo que en toda sociedad la producción de medios para la subsistencia era el centro y la fuente de todo poder. Definió las clases en términos de la naturaleza y la importancia que tenía su control sobre los procesos de producción. En las economías avanzadas con poca o ninguna clase labradora, ha llegado a

ser en la práctica imposible una producción independiente para la subsistencia mínima que sea significativa, e incluso los trabajadores autónomos no tienen en realidad ningún control sobre su trabajo, más allá de las exigencias de quienes poseen y controlan las grandes empresas. Su percepción de que hay dos grandes clases sociales, una pequeña de poderosos propietarios y una grande de obreros sin poder y sin propiedades es, por lo tanto, obviamente, más válida ahora que cuando Blair escribió sobre ella⁴⁴.

Aunque éste es un poderoso instrumento para el análisis social y el histórico, no hay evidencia de que Marx ni siquiera lo intentara aplicar como una herramienta estadística precisa. No dibujó una anatomía detallada de la forma de la sociedad, sino un análisis de su función, de su fisiología, de cómo funcionaba la sociedad. Así que, partiendo de dónde está la mayor parte de la gente y de los datos de que disponemos, tendremos una división en categorías que será útil para los negocios, el gobierno y la política social, más que para planear la transformación de la sociedad.

Los siguientes datos subjetivos provienen del Centro para las Elecciones y las Tendencias Sociales, en 1999:

Porcentaje de personas que se definen a sí mismas como de:	1966	1979	1987	1997
Clase media	30%	32%	34%	36%
Clase obrera	65%	63%	62%	61%
No saben	5%	5%	4%	3%

Podemos comparar esto con la clasificación objetiva del censo del Reino Unido en 1951, que se basa en la situación laboral. Si, como era en su momento la regla, aceptamos que las clases sociales I, II y III “no manuales”, del Registrar General* constituyen la clase media, en su conjunto, éstas representaban el 27,8% de la población en ese momento; y que las clases III “manuales”, IV y V constituyen la clase trabajadora,

* Oficina que recoge y conserva los datos estadísticos del Reino Unido; sería equivalente a nuestro Instituto Nacional de Estadística. (N. del T.)

éstas última representaban un 72% de la población, en ese momento. En 1995, la clase media así definida había aumentado hasta el 51,2% de la población y la trabajadora había descendido hasta el 48,9%.

Esto confirma que, como grupo cultural, la clase trabajadora está en un lento declinar, con la consiguiente adscripción de sus miembros a la clase media. Sin embargo, esto no justifica la adopción generalizada por los medios de comunicación del Reino Unido de la terminología de los Estados Unidos que describe virtualmente a todo el que tiene trabajo como de clase media (La “América Media” que quieren vender los candidatos presidenciales estadounidenses, que se hace equivalente a la “Gran Bretaña Media” que se ha convertido en el punto alrededor del que giran todos los cotilleos que ahora se presentan como discusiones políticas en los medios de comunicación del Reino Unido). De hecho, esta terminología parece de dudosa precisión incluso en Estados Unidos, donde una elevada proporción de trabajadores de la industria todavía se definen a sí mismos como clase trabajadora, independientemente de lo piensen lo que piensen los contertulios de los medios de comunicación.

La investigación de mercado se marca como objetivos a diversos grupos sociales en su calidad de consumidores con diferentes capacidades e inclinaciones para gastar. Como de costumbre, encasillan a la mayoría de los trabajadores “de cuello blanco” por encima de los de nivel más bajo en la clase media y a todos los trabajadores manuales, independientemente de sus habilidades y de cómo estén de bien pagados, en la clase trabajadora, junto con quienes no tienen trabajo pero compiten por los empleos peor pagados. Utilizando sus definiciones, confirman que hay un descenso rápido en el porcentaje de gente de la clase trabajadora, desde un 64% de la población del Reino Unido en 1975, hasta alrededor de un 52% en 1997, con el correspondiente ascenso en la clase media, desde alrededor de un 36% en 1975 a alrededor de un 48% en 1997. Ello corre paralelo con el rápido descenso de la producción industrial en Gran Bretaña que persiste hoy en día⁴⁵.

Esta clase trabajadora, así definida de manera convencional, ha proporcionado siempre la base firme de votantes para el Partido Laborista

desde que éste superó a los Liberales como partido de la masa popular, tras la Primera Guerra Mundial, aunque siempre haya habido una minoría de la clase trabajadora, que rara vez ha caído muy por debajo del 20%, que vota al Partido Conservador, incluso en los reductos laboristas de la industria pesada. Aunque ha habido un descenso drástico en el número de trabajadores empleados en la minería, la pesca, la agricultura, las manufacturas y la industria pesada, la clase trabajadora británica aún sigue siendo una enorme fuerza potencial. Si se alía con los nuevos tipos de trabajadores que han surgido como consecuencia del desarrollo de los nuevos tipos de bienes de consumo en una economía que se basa en el conocimiento, esta clase es, en potencia, mayor que nunca. La composición de hecho de la “clase media” parece extremadamente sospechosa, al incluir en ella realmente a muchos trabajadores “de cuello blanco” que no tienen ni más poder ni más propiedades que los trabajadores manuales “de mono azul”. Aunque los trabajadores “de cuello blanco” carecen, por lo general, de las tradiciones de solidaridad militante típicas de los de las minas y la industria de manufacturas, han proporcionado, en realidad, la mayor parte de las nuevas afiliaciones al sindicalismo durante los últimos treinta años.

¿UN NIVEL MEDIO CON ALGO POR DEBAJO, PERO SIN NADA ENCIMA?

El término “clase media” implica una clase superior por encima y otra inferior por debajo, si lo preferimos, podemos aceptar el mito norteamericano de “sinclasismo”^{*} en una sociedad dinámica sin significativa riqueza heredada en ningún estamento. Cada parte es como las capas de un bocadillo. La gente de abajo es la clase trabajadora, cuyo tamaño depende de cuántos de los trabajadores “de cuello blanco” sitúe -la sociedad o ellos mismos-, en el nivel de clase media, pero no puede haber ningún género de duda de que existe una clase trabajadora y de que

^{*}Con este neologismo de mi invención, trato de traducir el neologismo “classlessness”, literalmente, “cualidad de lo que no tiene clase”, del original. (*N. del T.*)

engloba algo así como entre un tercio y cuatro quintos del total de la población. El gran misterio es la hipotética clase que está por encima de la clase media, que se presupone al usar esta terminología, pero que no se puede detectar ni por los censos ni por las encuestas de población. Según la investigación del mercado, tanto en 1975 como en 1997, la clase media y la trabajadora juntas constituían el 100% de la población: o sea, que había una parte media y una parte baja, pero sin nada arriba. Incluso el Registrar General carece de una categoría para los extraordinariamente ricos, a los que se inserta en la Clase Social I, junto con todos los demás destacados gestores y profesionales. Aparentemente, en realidad, no existe una clase superior.

A diferencia de lo que sucedía en cualquier tiempo pasado, pocos quieren admitir que pertenecen a una clase cuya riqueza y cuyo poderío es muchas veces superior a los de cualesquiera otras personas. Ahora es difícil encontrar a alguien demasiado rico o demasiado poderoso que no encuentre refugio en la ubicua clase media, al menos cuando se está discutiendo la naturaleza de la sociedad. La BBC describió recientemente a la Reina de Inglaterra, que posee una de las más grandes fortunas personales del mundo, como la personificación de los valores de la clase media inglesa, aunque la forma de vida de la clase media no tenga nada que ver con su experiencia. Tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos, ningún candidato a un puesto destacado puede asumir ser otra cosa que de la clase media, aunque la financiación masiva por parte de los billonarios sea una condición indispensable para la elección a la presidencia de Estados Unidos y se esté convirtiendo en lo mismo para los cada vez más presidencialistas primeros ministros británicos. De hecho, los extraordinariamente ricos son verdaderamente muy pocos si se comparan con el resto de la población, tan pocos que ningún censo se molesta en asignarles una categoría, pero esto no quiere decir que no existan, ni que no sean importantes, ni que la masa de la población no sea consciente de su existencia.

El tránsito de los trabajadores desde el trabajo manual al intelectual no implica necesariamente un cambio paralelo desde definirse a sí mismos

como productores a permitir que otros los definan como consumidores. La solidaridad de los mineros del carbón y de los trabajadores del acero y de la chapa laminada y de sus respectivas familias, que se mantuvieron unidas con los que las mantenían, para forzar al capitalismo a que construyera un marco social resistente, independiente y que sobrepasase a su mundo de negocios, no apareció espontáneamente, sin dolor o de forma inevitable. Para conseguirlo, se necesitaron más de cien años de amarga lucha, aunque el sur de Gales se convirtió eventualmente en un área de militancia industrial, comparable sólo con la región del estuario del Clyde en Glasgow, y en él estaba empleada una mayor proporción de gente en la industria nacionalizada y en los servicios públicos que en ninguna otra parte de Gran Bretaña. La base social para la solidaridad sin duda ha cambiado, pero dicha solidaridad hace más falta que nunca, de modo que el verdadero problema es cómo reconstruir algo equivalente a la misma, partiendo de los nuevos ingredientes sociales en las actuales condiciones, fundamentalmente diferentes, de una economía que se basa en el conocimiento ⁴⁶.

La naturaleza espontánea del consumismo hace de él una fuerza enormemente poderosa, pero en su seno se da una contradicción que lo limita. El capitalismo de mercado estimula a las personas a ser ávidos consumidores pero, a su vez, las degrada como creadores socialmente responsables de valores. A cambio de los mundos de fantasía que podemos comprar como bienes de consumo, el capitalismo crea un mundo real de codicia, egoísmo y muerte del compañerismo. El respeto por uno mismo es esencial para la salud. ¿Cómo nos podremos respetar a nosotros mismos si permitimos que nuestros hijos hereden este mundo? La creación de una nueva base social para la solidaridad es el tema del próximo y último capítulo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El desarrollo con valor humano de la ciencia depende de que se incluya a toda la población dentro de su ámbito de aplicación, en la misma

línea de lo de “Todos para uno y uno para todos”. La equivalencia entre sí de los componentes de nuestra especie proporciona los cimientos para la ciencia médica y la ausencia de exclusión social constituye los cimientos de los sistemas asistenciales efectivos. La solidaridad creó los sistemas asistenciales estatales y sus puntos débiles se deben en gran parte a la ausencia de solidaridad.

En el polo opuesto, se sitúa el consumismo, que se presenta a cada ser humano como una filosofía para nuestra época de ostentación material predominante, relegando la solidaridad como si fuera algo del pasado. Nos dice que ahora somos tan ricos que no podemos seguir asumiendo la generosidad con los pobres. Aunque este conjunto de ideas es la que domina ahora en los centros de negocios, no ha logrado arrastrar al resto de la sociedad. La creencia pública en la solidaridad, al menos para la sanidad, parece que prácticamente no disminuye, a pesar de casi tres décadas de lavado de cerebro consumista.

La filosofía del consumismo ignora al mundo real incluso más que los más románticos conceptos de la solidaridad. Asume que vivimos en una economía de pequeños empresarios, tan dependientes de sí mismos que tenemos poca necesidad del estado. Esta economía no existe de hecho. Los pequeños empresarios se hunden bajo las olas tan pronto como otros nuevos se lanzan a navegar y el estado, mientras tanto, sigue aumentando su tamaño, tanto con administraciones del Nuevo Laborismo como Conservadoras, independientemente de la retórica de cada una de ellas. Antes de la “reforma” de las economías del bienestar, el estado financiaba y organizaba las empresas demasiado grandes que entrañaban excesivos riesgos como para que ningún inversor prudente los asumiese. La ola de privatizaciones de industrias y servicios estatales no ha reducido la financiación del Estado. En términos generales, la ha aumentado, pero desviando el dinero de la inversión directa en entidades estatales que, al menos rendían algunas cuentas por vía parlamentaria, hacia gigantescas sociedades que funcionan ahora para obtener beneficios donde antes el estado lo hacía sólo para cubrir gastos. El nuevo modelo de empresa esta-

tal es la asociación con las grandes compañías, en que éstas se llevan los beneficios y los ciudadanos, a través del estado, corren con los riesgos.

Es totalmente irreal asumir que la solidaridad es consustancial con la clase trabajadora industrial que está en declive, pero es rechazada por la creciente clase media. La solidaridad no era algo natural, se tuvo que construir a partir de la experiencia y de la lucha. La llamada clase media es la clase trabajadora en unas nuevas condiciones. También tendrá que luchar para construir y conservar la solidaridad, de una nueva forma. Los análisis de clase que proclaman una nueva era de paz basada en una clase media a la que casi todo el mundo pertenece, con la clase trabajadora convertida en algo marginal que trabaja en industrias que se vienen abajo o está en permanente paro se basan en planteamientos superficiales. La realidad sigue siendo que las naciones están divididas en una minoría que vive de lo que posee y una mayoría que vive de lo que hace. El futuro del NHS depende de esta mayoría.

Notas

¹ Si se desea tener un magnífico ejemplo, lleno de madurez de todo esto, hay que leer el artículo de Sir James Barr, presidente de la British Medical Association en las vísperas de la Primera Guerra Mundial (Barr J. "What are we? What are we doing here? From whence do we come and whither do we go?" *British Medical Journal* 1912;ii:157-62). Barr puso en marcha toda la "caballería" de la British Medical Association, para enfrentarse a la Ley del Seguro nacional de Lloyd George, en unos términos "eugénicos" similares (Barr J. "Some reasons why the public should oppose the National Insurance Act". *British Medical Journal* 1911; ii:1713-5).

² Burleigh M. *Death and deliverance: 'Euthanasia' in Germany 1900-1945*. Cambridge University Press & Pan Paperback, 2002.

³ Weindling P. *Health, race, and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*. Nueva York: Cambridge University Press, 1989.

⁴ Armstrong C. "Thousands of women sterilised in Sweden without consent". *British Medical Journal* 1997; 315:563.

⁵ *Times Health*, Suplemento del 11 de Marzo 1983, publicado con el encabezamiento "GNAT SURVIVES SLEDGEHAMMER".

⁶ Webster C. *The Health Services since the War. Vol.1. Problems of health care: the National health Service before 1957*. Londres: HMSO 1988:131.

⁷ "Por lo cual, dejada la mentira, hablad verdad cada uno con su prójimo; porque somos miembros los unos de los otros" (*Efesios*, 4: 25). La solidaridad depende, sin duda, de la veracidad y de reconocer que, si queremos que exista la comunidad, no podemos elegir a nuestro prójimo.

⁸ En una mesa redonda del Instituto de Medicina de Chicago en 1995, el editor de *New England Journal of Medicine*, Arnold Relman, señaló que los grupos aseguradores con ánimo de lucro, antes de pagar por la atención sanitaria, estaban cobrando primas en concepto de beneficios. (Wolinsky H. Ethics in managed care. *Lancet* 1995; 346:1499).

⁹ En 1988, un 56% de los médicos de Estados Unidos afirmaban que apoyarían un programa de seguro nacional sanitario, pero un 74% pensaban que el 74% de sus colegas se opondrían al mismo. En 2002, el número de ciudadanos estadounidenses sin seguro de enfermedad había alcanzado un nivel más alto que nunca, 45 millones (*Harper's Index* 28 de Agosto de 2003). Es Estados Unidos los activistas a sueldo tienen todavía más poder que los votantes.

¹⁰ A pesar de que la creencia de Adam Smith de que la gente, a nivel individual, y las clases sociales, de forma colectiva, funcionan de forma más eficiente en interés propio, siga siendo válida en cualquier sistema social, este interés se define por cómo se percibe y esta es la verdadera cuestión. Ha habido mucha discusión, por lo general inútil y con poca información, sobre cómo quienes viven de lo que hacen, no de lo que poseen, sienten sus propios intereses, si como personas

independientes que se oponen a quienes viven de lo que tienen, o como si fueran compatibles con los suyos. Parece que hay mucha menos discusión sobre la capacidad de algunos de los mayores propietarios para mirar un poco más allá de sus propios intereses inmediatos y preocuparse por su propia supervivencia en el planeta; aunque nunca sean mayoría, sí son una minoría significativa. La postura del actual Gobierno Británico es casi única en Europa Occidental, respecto a su decisión aparentemente inflexible de abrir todos los reductos de la sociedad para que penetre en ellos el mercado, librándole en lo posible de las limitaciones legales cuyo fin sea la justicia social o incluso la supervivencia global.

¹¹ Menéndez R. (*New England Journal of Medicine* 1999; 341:1769) comentaba dos artículos: Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. "The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending". *New England Journal of Medicine* 1999;341:420-6, y Woolhandler S, Himmelstein DU. "When money is the mission – the high costs of investor owned care". *New England Journal of Medicine* 1999; 341:444-6.

¹² Richard D North ha escrito un libro entero en esta dirección, que ha dado lugar a una discusión en la BBC (North RD. *Rich is Beautiful: a very personal defence of mass affluence*. Londres: Social Affairs Unit, 2005).

¹³ Röntgen decidió no patentar ni registrar su descubrimiento de los rayos X., Lo mismo hicieron Flemming, Chain y Florey con la Penicilina, Waksman con la Estreptomina, Salk con la vacuna contra la poliomielitis, Scribner con los cotocircuitos venosos para diálisis que inventó y lo mismo otros muchos pioneros de la ciencia médica. La carrera para patentar las partes de genoma humano y luego incluso cualquier método clínico que se derive de ello es algo que ha surgido recientemente y que se considera lamentable e ilegal, incluso por parte del Congreso de los Estados Unidos (Gene-MacDaniel C. US could ban patents on medical procedures. *British Medical Journal* 1996; 312:997). Aunque entre 1981 y 1994 se concedieron 1175 patentes para secuencias del ADN humano, tres cuartas partes de las mismas a compañías de Estados Unidos y de Japón (*Nature* 1996;380:387-8), los centros europeos que trabajan en el genoma humano se oponen al concepto completo de propiedad intelectual en este terreno, apoyado por algunas compañías farmacéuticas multinacionales que patrocinan los estudios que comprenden las temibles implicaciones de este paso para la continuidad del avance de la ciencia (Berger A. "Human genome project to complete ahead of schedule". *British Medical Journal* 1998;317:854). La propiedad intelectual es un concepto que está intoxicando algunas partes del mercado global mientras que aterroriza a otras. El final de este enfrentamiento no está resuelto y tiene implicaciones que sólo se están empezando a comprender (Frow J. "Information as gift and commodity". *New Left Review* 1996; 219:89-108).

¹⁴ Sin duda, los beneficios proporcionan una poderosa motivación y la competencia enseguida saca a los haraganes del mercado, incluso si éstos distorsionan los objetivos sociales de la producción. Sin duda, muchas unidades del servicio público se estancan, por estar sus miembros contentos con tan sólo cumplir la letra de sus contratos, sin un compromiso imaginativo respecto a los objetivos establecidos. La cura para esta frecuente enfermedad es que no haya beneficios para el empresario y una gestión rígida para los empleados, pero con la inclusión de la investigación y la docencia como funciones esenciales para cualquier unidad del servicio sin excepción. La investigación y la enseñanza a cierto nivel aseguran que los miembros de la plantilla sigan aprendiendo, que contribuyan a y participen en la marcha hacia delante de su profesión, su base de conocimientos y el entendimiento del público

¹⁵ Esto no tiene nada que ver con la raza, la definamos como la definamos, sino que tiene que ver con la pobreza. Los Estados Unidos presentan casi todos sus datos de salud pública en términos de “raza” (negros, blancos, latinos) en lugar de hacerlo en términos de clase social, pero la evidencia confirma de forma consistente que la renta predice casi todas las variables relacionadas con la salud que la “raza” (las hemoglobinopatías, tales como la anemia de células falciformes y similares, son raras excepciones).

¹⁶ Wallace R, Wallace D. Socioeconomic determinants of health: community marginalisation and the diffusion of disease and disorder in the United States. *British Medical Journal* 1997;314:1341-5.

¹⁷ Shaw M, Smith GD, Dorling D. “Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress”. *British Medical Journal* 2005;330:1016-21. En 2002 el Gobierno del Nuevo Laborismo prometió que, entre 1997 y 2010, reduciría un 10% las brechas entre el 20% más pobre de cada municipalidad y el promedio del Reino Unido, respecto a esperanza de vida y mortalidad infantil. De hecho, entre 1997 y 2003 (últimos datos de que se dispone), la brecha en esperanza de vida para varones subió de 2,00 a 2,07 años (un 2%) y para mujeres de 1,54 a 1,63% (un 5%). Durante el mismo periodo, la tasa de mortalidad infantil (muertes en el primer año de la vida), entre las familias de los trabajadores no cualificados era un 69% mayor que entre las de los directivos o profesionales, que es la mayor diferencia que ha habido a lo largo de todo el siglo XX (Informe encargado por el Departamento de Sanidad, *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action*, www.dh.gov.uk/).

¹⁸ Morris JN, Titmuss RM. Health and social change: “I-The recent history of rheumatic heart disease”. *The Medical Officer* 1944 26 Agosto. 69-71.

¹⁹ Pocos se acuerdan de que, cuando Aneurin Bevan era Ministro de Sanidad, lo era también de Vivienda. Con un 20% del parque de viviendas destruido o muy deteriorado por los bombardeos, en 1948, la vivienda era una necesidad más acuciante que la de crear un nuevo servicio sanitario y recibió la adecuada prioridad. Bevan insistió en que se construyera conforme a los requerimientos más exigentes (Criterios de Parker-Morris), por eso las casas municipales construidas antes de 1952 continúan siendo todavía útiles y están en buen estado. Las posteriores se volvieron a hacer conforme a los criterios de “jerry-built”, que se consideraban adecuados para los trabajadores por parte de políticos menos energía o menos conciencia. El Gobierno actual está tratando de eliminar por completo las casas municipales, pero las necesidades de viviendas sociales, en particular en Londres, son tan grandes que es improbable que lo logre. Mientras tanto, por si alguien duda todavía de cómo es el corazón del Nuevo Laborismo, Hacienda, dirigida por el aparente heredero de Blair, Gordon Brown, está lanzando propuestas para reducir un 40% los impuestos sobre las segundas viviendas.

²⁰ Morris JN. “Four cheers for prevention”. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1972;66:225-32.

²¹ Welin L, Larsson B, Svardsudd K et al. “Social network and activities in relation to mortality from cardiovascular diseases, cancer and other causes: a 12 year follow up of the study of men born in 1913 and 1923”. *Journal of Epidemiology & Community Health* 1992; 46:127-32.

²² Yamey G. "Why does the world still need WHO?" *British Medical Journal* 2002; 325:1294-8.

²³ Price D, Pollock AM, Shaoul J. "How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care". *Lancet* 1999; 354:1889-92.

²⁴ Nair VM. "Health in South Asia: future of Kerala depends on its willingness to learn from past". *British Medical Journal* 2004;328:1497, y Jayasinghe S. "Health in South Asia: Sri Lanka needs to build on its strengths and gains". *British Medical Journal* 2004; 328:1497.

²⁵ Esto fue una importante trata secundaria en la carrera hacia el referendun sobre la propuesta de nueva Constitución para la Unión Europea. Se comprendió mejor en Francia que, por fortuna, votó primero, que en Gran Bretaña. La sección tercera de la Constitución que se proponía habría obligado, incluso más que el Tratado de Roma original, a que las instituciones que, hasta la fecha, son de servicio público, entraran en la competencia del mercado, incluyendo en la misma a los proveedores comerciales multinacionales. Aunque en cada Estado miembro de la Unión Europea hay, por lo menos, un partido político importante que afirma que su objetivo es una futura sociedad socialista, esta parte de la nueva Constitución habría convertido en ilegal todo lo que no fuese una economía neoliberal. Las amplias mayoría que se manifestaron en contra de la Constitución en el referendun en Francia y en Holanda han detenido este proceso, de momento, pero el ataque se volverá a lanzar.

²⁶ Aparentemente, la exención depende en sí se clasifica a los servicios de salud como una actividad económica o no, lo que evidentemente no va a venir determinado por el hecho de si genera un producto útil o no, sino por si funciona para obtener o no beneficios. La producción de pornografía. La prostitución legal, el juego o la asesoría para evadir legalmente impuestos, se clasifican por este criterio como actividades económicas, mientras tenemos que pretender que el NHS no lo sea

²⁷ Editorial. "A manipulated dichotomy in global health policy". *Lancet* 2000;356:1923.

²⁸ Cuando en 1979 Margaret Thatcher se convirtió en Primera Ministra, la carga impositiva total sobre el PIB era ya en Gran Bretaña menor que el promedio de la Unión Europea. Esta posición ha cambiado a duras penas desde entonces, pero ha habido una rebaja substancial de impuestos a los muy ricos (mediante reducciones en los tramos superiores del impuesto sobre la renta) y una elevación relativa de la carga impositiva sobre los pobres (principalmente mediante impuestos al consumo). En 1995, con la última Administración Conservadora, el 20% de hogares que eran los más pobres, pagaban de impuesto sobre la renta un 39,3% de sus ingresos, mientras que el 20% más ricos pagaban de impuesto sobre la renta sólo el 35,2% de sus ingresos (Will Hutton, *The Guardian* 20 noviembre 1995). En 1998 a 1989, con Gobierno del Nuevo Laborismo, el 20% más pobre pagaba de impuesto un 41,9% de sus rentas, mientras que el 20% más ricos pagaban un 36,4% de las suyas (*Economic Trends* Abril 2000). En su "Investigación sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones" (*Enquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*), en 1762 (Oxford: Oxford University Press, 1993) Adam Smith, santo patrón de los economistas conservadores, se vio obligado a decir lo siguiente sobre los impuestos: "El Gobierno civil, en tanto en cuanto se establece para asegurar la propiedad, está en realidad instituido para defender a los ricos de los pobres, o a los que tienen alguna propiedad de quienes no tienen, en absoluto, ninguna"... (pág. 413). A parir de esto concluye: "los sujetos de todos los estados tienen que contribuir al apoyo del Gobierno lo más

posible, conforme a sus posibilidades respectivas, o sea proporcionalmente a los ingresos de que respectivamente gozan bajo la protección del Estado” (Pág. 451). Puede que los estadounidenses prefieran la cita siguiente de Oliver Wendell Holmes que puede verse todavía sobre la puerta del Servicio de Rentas Internas en Washington: “Los impuestos son el precio que pagamos por una sociedad civilizada”.

²⁹ Red Pepper Abril 2001.

³⁰ Schweitzer S. *Pharmaceutical economics and policy* (Oxford: OUP, 1997). De acuerdo con la misma fuente, la mano de obra de la industria farmacéutica de los Estados Unidos a finales de los años ochenta del siglo XX era de 160.000 personas de la que un 36% trabajaba en la fabricación, un 28% en la comercialización y un 23% en la investigación y el desarrollo.

³¹ Di iMasi JA, Hansen RW, Grabowski HG, Lasagna L. “Cost of innovation in the pharmaceutical industry”. *Journal of Health Economics* 1991;10:107-42.

³² Las decisiones para conceder licencias se basan en ensayos en los que se introducen un promedio de 1.500 enfermos. Una reacción grave que afecte a un enfermo entre 500, puede no sólo no detectarse, sino incluso no ser detectable, hasta que el fármaco se emplee de forma masiva, e incluso ni siquiera así, salvo que los clínicos estén alertas sobre esta posibilidad, si usan un procedimiento de notificación inadecuado. Los “soplones” de dentro de la industria sufren el mismo destino que cualesquiera otros héroes en otras situaciones en las que amenazan a los beneficios o a la paz mental de los gestores. El siguiente fragmento del trabajo clásico de MC Smith: *Principles of Pharmaceutical Marketing* (Philadelphia: Lea Febiger, 1968) revela la actitud de los departamentos comerciales respecto a la prescripción de medicamentos :

“Los profesionales de la Medicina están sometidos a los mismos tipos de stress, las mismas influencias emocionales que los legos. Los médicos tienen un sentimiento determinado, que forma parte de su propia imagen, de que son racionales y lógicos, en particular cuando eligen medicamentos. El anunciante debe apelar a esta propia imagen de racionalidad y, al mismo tiempo, hacerlo con más profundidad, si cabe, a los factores emocionales que son los que realmente influyen en las ventas”.

Aunque el dosis británica de escepticismo en la prescripción es superior a la de los colegas de cualquier otra parte del mundo (Garratini S, Garratini L. “Pharmaceutical prescriptions in four European countries”. *Lancet* 1993;342:1191-2; Griffin JP, Griffin TD. “The economic implications of therapeutic conservatism”. En: Smith GT (ed), *Innovative competition in medicine: a Schumpeterian analysis of the pharmaceutical industry and the NHS*. Londres: Office of Health Economics, 1992, pp. 85-96) y nuestra proporción de prescripciones genéricas subió del 16% en 1977, al 54% en 1994 y sigue subiendo, la mayoría de los médicos británicos, en la práctica, parece que siguen creyendo que pueden aceptar que las empresas farmacéuticas patrocinen la mayor parte de su formación de postgrado, sin que ello tenga ninguna influencia en sus decisiones clínicas.

³³ Hancher L. *Regulating for Competition: government, law, and the pharmaceutical industry in the United Kingdom and France*. Oxford: Oxford University Press, 1990.

³⁴ Maynard A. “Review of Hancher”, *op.cit. Lancet* 1991;337:601-2.

³⁵ Liebenau J. “The rise of the British pharmaceutical industry”. *BMJ* 1990;301:724-8, 733.

³⁶ Parece que esto va a ser una oportunidad evidente para Gales, Escocia y las dos partes de Irlanda, que tienen una necesidad desesperada de industrias, pero sin dudarlos políticos encontrarán razones para decir que es imposible.

³⁷ Crick y Watson esclarecieron la química molecular del ADN en 1953, el mismo año en que yo empecé a ejercer en el NHS. Más de un siglo después, aunque se conoce por completo el genoma humano, todavía estamos esperando los primeros productos útiles de estos estudios. La gente informada no tiene en absoluto dudas de que en su momento van a hacer que el ejercicio de la Medicina sea inmensamente más efectivo en campos que, hasta el momento, están más allá del alcance de la ciencia y, durante más de diez años, hemos asistido a la lucha por las patentes, pero pocos inversionistas van a esperar tanto tiempo para obtener beneficios.

³⁸ Bekelman JE, Li Y, Gross CP. "Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review". *Journal of the American Medical Association* 2003; 289:454-65.

³⁹ Comisión de Sanidad de la casa de los Comunes. "The influence of the pharmaceutical industry." <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42/pdf>. Esta comisión ha trabajado de forma efectiva a pesar de que aparentemente el Gobierno del Nuevo Laborismo estaba dispuesto a hacer cualquier cosa para congraciarse con las grandes empresas de negocios, incluso con la industria farmacéutica. Su labor y la de la Oficina Nacional de Auditoría anteriormente, parece que trata de dar un mayor impulso para que la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios sea substituida por una Comisión de Medicamentos Humanos, a todos cuyos miembros se les prohibirá que tengan cualquier tipo de interés en compañías relacionadas con la Sanidad y en la que habrá una representación substancial de ciudadanos de a pie (Collier J. "New arrangements for the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency". *British Medical Journal* 2005; 330:917).

⁴⁰ Sjöström H, Nilsson R. *Thalidomide and the power of the drug companies*. Londres: Penguin Books, 1972.

⁴¹ Aunque se tomó en consideración esta posibilidad, se discutió sólo para revisar los argumentos científicos que había en contra de esta conclusión. Sin embargo, el partido Laborista la asumió, por primera y última vez, incluyendo en su poco transparente política que una fracción nacionalizada de la industria farmacéutica compitiera con el sector privado. Esto se desvaneció tras las primeras elecciones y los dirigentes del Partido no han vuelto a permitir que reaparezca. Sigue siendo una idea popular entre los miembros de ese Partido.

⁴² Berwick D. "We all have AIDS": case for reducing the cost of HIV drugs to zero". *British Medical Journal* 2002; 324:214-8.

⁴³ *Financial Times* 15 de enero de 1999.

⁴⁴ Es obvio, en este contexto, que propiedad significa riqueza en forma de capital, no como objetos para el uso personal, aunque una carretilla o un auto pueden incluirse en cualquiera de las dos categorías. Para una gran mayoría de la gente en las economías desarrolladas, la posesión de capital está casi o exclusivamente limitada a la posesión de la propia casa que tiene simultáneamente un

valor de uso y un valor de mercado. Esto tiene obvias implicaciones para los políticos ansiosos por arrastrar el mayor número posible de personas hacia la saludable opinión de quienes tienen propiedades, desde las “Dos hectáreas y una vaca” en los tiempos de Thiers, hasta el capitalismo populista de Margaret Thatcher en los años ochenta. Tenía la esperanza de poder extender la ideología de los que viven de lo que poseen, introduciendo su política del “derecho a comprar” para quienes vivían en casas alquiladas proporcionadas con criterio social por los Ayuntamientos. Se vendieron las casas a los arrendatarios a precios muy por debajo de su valor de mercado y después se vendieron acciones disponibles de las compañías que previamente se habían nacionalizado, a unos precios de saldo similares. Los trabajadores de una generación que antes eran votantes fieles del Partido Laborista se convirtieron en más receptivos al mensaje Conservador. El Nuevo Laborismo ha seguido por el mismo derrotero, aceptando acabar con las viviendas de provisión social, así como con las industrias nacionalizadas y los servicios públicos. En ese momento, la cifra de familias sin techo que se reconocía en gran Bretaña subió de 53.000 en 1978 a 287.000 en 1993. Los agentes inmobiliarios, los prestamistas y los constructores especulativos hicieron grandes fortunas. Se dejó que la generación que se aprovechó del saqueo de lo que hasta ese momento era propiedad pública se preguntara cómo podían ayudar a sus hijos a pagar los precios astronómicos que necesitaban pagar para ponerse bajo techo (Victor CR. “The health of homeless people in Britain: a review”. *European Journal of Public Health* 1997 ;7:398-404 y OPCS Report. *The Health of Our Children*. Londres: HMSO 1995). El legado de la Sra. Thatcher incluye la transformación de las casas de ser objetos de consumo, lugares donde vivir, a ser inversiones especulativas, lugares para desarrollarlos y vender con ganancias. Tal como lo intentó la Sra. Thatcher, todo esto ha tenido un efecto fragmentador y de confusión política y ha promovido la aparición de una tercera clase social, la de quienes viven a la vez de lo que poseen y de lo que hacen y que tienen sus mentes divididas conforme a esta realidad. Sin embargo, en resumidas cuentas, tienen que elegir entre estas dos bases para organizar sus vidas.

Esta importante historia no se ha acabado aún. La inflación especulativa de los precios de las casas ha continuado desde los años setenta, lo que da lugar a que haya un motivo para pedir dinero prestado para posibilitar el creciente gasto de los consumidores, aún cuando los salarios reales estén bajando como en Estados Unidos. Los precios de las viviendas en Estados Unidos siguen subiendo a un ritmo del 15% anual. El valor total de la propiedad inmobiliaria en los países de la OCDE se ha multiplicado por más de dos en los últimos cinco años, pasando de ser 30.000 millones de dólares a 70.000. esta cifra iguala al valor que se genera cada año por servicios y por producción industrial en esos mismos países. Usando las palabras de *The Economist* (Junio de 2005), “Nunca antes han crecido tan deprisa los precios reales de las viviendas durante tanto tiempo y en tantos países”. Como el ascenso de los precios de la vivienda es casi por completo especulativo y no implica casi ninguna producción material, se trata de una burbuja comparable a la de la especulación que precedió al colapso del mercado estadounidense de 1929 a 1933, que condujo a una crisis mundial del capitalismo, al fascismo y a la Segunda Guerra Mundial. Hoy en día hay una divergencia cada vez mayor entre las economías reales que producen valores tangibles y las especulativas que crean aparentemente riqueza, una gran parte de la cual acaba siendo ficticia y serán los trabajadores que aceptaron la ilusión de que se habían convertido en florecientes capitalistas quienes paguen las peores consecuencias de todo esto.

⁴⁵ Parece que esta es una tendencia a largo plazo en todas las economías imperiales. Según *The Economist*, el 45% de todos los beneficios que han conseguido las quinientas compañías más prósperas de Estados Unidos provienen en la actualidad del sector financiero en lugar de hacerlo de la industria y los servicios no financieros.

Capítulo 6

El NHS como vanguardia de la sociedad

A lo largo de las páginas de este libro, he insistido en que no sólo el NHS del Reino Unido, sino todos los servicios de sanidad públicos de cualquier lugar, están siendo arrastrados fuera de su camino, que antes estaba cargado de titubeos, que siempre se contestó, pero que parecía inexorable, hacia unos sistemas económicos socializados, sin pago al recibir las prestaciones, que se sumaban, de una forma anómala, al patrimonio de los bienes nacionales. Parecía que éste era el camino natural hacia el progreso. La lógica de la ciencia médica global, con sus avances que, en todo momento, desde que el fascismo fue derrotado en 1945, había asumido la igualdad entre los hombres y había aceptado que las ideas previas sobre las razas superiores e inferiores no tenían ninguna base científica, venía a añadir un apoyo adicional a todo esto. Al nivel de la ciencia teórica, y en el entorno especial de la investigación y los hospitales docentes, no era difícil asumir esta visión igualitaria. Reflejaba una verdad fundamental que apoyaba la experiencia clínica diaria. Como en el Shylock de Shakespeare, “*¿Pero no tenía ojos todo el mundo? ¿No tenían todos manos, órganos, dimensiones, sentidos, afectos, pasiones? ¿No sangrarían si les pincháramos?*”. Lo que tenían en común era evidentemente mayor que sus diferencias. Se ha puesto de manifiesto que el “sentido común” del darwinismo social hitleriano (que compartían la mayor parte de los responsables políticos antes de la Segunda Guerra Mundial), basado en la existencia de una guerra permanente entre las razas y entre los individuos que compiten entre sí para sobrevivir, en lugar de cooperar, no era más

que una parodia ignorante, irracional y vulgarizada de ciencia, basada más en sentimientos instintivos que en el rigor científico.

Aunque triunfaron, estos conceptos progresistas quedaron relegados a un nivel retórico, con mucha palabra pero mucha menos acción. El NHS marcó un paso adelante revolucionario precisamente porque prometía una aplicación concreta y práctica de estas ideas, según las cuales la sanidad era un derecho humano, un derecho de la gente de carne y hueso, en las comunidades reales, en todo el país, incluidos todos los que no tenían acceso a las opciones individuales ni a los costes burocráticos de los seguros personales. A principios de los años setenta, los profesionales sanitarios empezaban a reconocer el largo camino que teníamos que recorrer antes de que las desigualdades en salud y en atención sanitaria empezaran a disminuir en lugar de aumentar. Estaban descubriendo, por un nuevo camino, lo que, durante al menos dos siglos, habían sido las creencias de los movimientos laboristas y socialistas de todo el mundo: que nuestras tareas humanas preferentes tenían que ser, en primer lugar, adquirir más conocimientos de cómo funcionaba el mundo y, en segundo lugar, aplicar esos conocimientos a todos los miembros de la sociedad. Los movimientos laboristas y socialistas habían llegado a esas conclusiones por la indignación que producía el abismo que existía entre lo que había en realidad y lo que podría haber si los recursos se hubieran utilizado por completo para el progreso de la humanidad y no para que unos pocos amontonasen fortunas. Los profesionales de la salud empezaban a sentir una exasperación similar por el abismo que había entre la atención que habían aprendido a prestar en los centros de excelencia en los que se habían formado y la que, en realidad, podían prestar con los recursos de que disponía el servicio público.

Los profesionales sanitarios se disponían a establecer una alianza con la enorme mayoría de gente a la que prestaban servicio, pero, ¿dónde estaban los dirigentes y organizadores para llegar a esa alianza? Los años setenta observaron un giro igual y opuesto en los partidos políticos que, hasta la fecha, estaban comprometidos con el desarrollo de servicios sani-

tarios públicos. La transformación del Partido Laborista Británico para pasar desde promover el estado de bienestar a enterrarlo es sólo el ejemplo más descarado de las traiciones similares efectuadas por los partidos liberales y socialdemócratas de todas partes. Como, con tanta precisión, predijo Richard Smith, los sistemas de atención sanitaria de los que son propietarios los inversores, que se han "desarrollado en un país con uno de los sistemas sanitarios más irracionales del mundo, acabarán por exportarse a todo el planeta. Igual que cada vez un mayor número de entre nosotros come en las cadenas de comida rápida estadounidenses, muchos de nosotros puede que reciban su atención sanitaria, de alguna forma, mediante planes sanitarios gestionados en Estados Unidos". Esto es precisamente lo que Richard Smith está tratando de hacer ahora como director de United Health Europe, en nombre de su compañía matriz estadounidense¹. Del mismo modo que la comida rápida, vamos a tener asistencia sanitaria rápida. Ni la buena comida ni la buena asistencia pueden ser nunca rápidas. Necesitan tiempo, flexibilidad, continuidad y un trabajo de reflexión intenso.

Concentraciones colosales de poder y de dinero promueven la política neoliberal de mercantilización, que actualmente hacen suya todos los partidos que aspiran al poder. Ignoran las fronteras nacionales e intimidan y corrompen a los dirigentes de las naciones y a todos sus farisaicos defensores bien pagados. Hay poco fundamento científico convincente de que estas políticas de semiprivatización vayan a mejorar la eficacia o la eficiencia en el logro de aumentos de salud. Hay, sin embargo, multitud de demostraciones, derivadas de la experiencia, respecto a sus efectos demoralizadores sobre las plantillas de trabajadores, sobre la marginación de la salud pública y sobre la disminución del interés preferente por la gente con más riesgo. Sin embargo, si los Gobiernos continúan aceptando la mayoría de los riesgos del mercado y no pueden reformar ni adaptar las leyes que regulan todo esto, este proceso de comercialización e industrialización continuará generando ofertas que ningún político ambicioso puede permitirse rechazar. La legión de apologistas profesionales bien pagados crecerá de forma paralela al crecimiento de la cultura de los negocios y del consumismo.

¿Cómo puede mantenerse funcionando cualquier otra alternativa frente a esta presión por industrializar y comercializarlo todo? ¿Qué fuerzas reales sociales y económicas hay para nacionalizar de nuevo e iniciar la democratización de los servicios públicos, cuando la mayor parte de los agentes de progreso parece que se han pasado al enemigo o están encabezando su propia extinción?

¿CÓMO EVOLUCIONA LA SOCIEDAD?

La historia de la humanidad es una secuencia de intereses económicos sobre los cuales se han edificado las culturas. Primero la caza y la ganadería, luego la agricultura nómada, más tarde la agricultura tribal y la esclavitud, a continuación la agricultura feudal y la servidumbre, después el capitalismo mercantil, seguido por el capitalismo industrial y, por último, nuestra rápidamente cambiante economía, cuyas mercancías dominantes eran primero objetos materiales, pero ahora los están substituyendo el conocimiento y las ideas.

Antaño, el conocimiento y las ideas eran los productos de los que se sentía más orgulloso el sistema de las prestaciones sin pago a cambio, que estaba centrado en universidades financiadas públicamente, bien seguras en las manos de gente bien preparada que no siempre eran ricos, que compartían de modo selectivo la cultura de los ricos. En Gran Bretaña, en 1945, alrededor de un 2% de la población iba a una universidad. Uno de los elementos del estado de bienestar de la postguerra era la educación superior gratuita, que ayudó a que esa proporción subiese a un 5%. El Gobierno del Nuevo Laborismo pretende últimamente subir esta cifra al 50% y ya ha recorrido más de la mitad del camino hacia esa meta. Se ha eliminado la educación universitaria gratuita, porque los socialdemócratas ya no creen que se deba pagar toda la educación con cargo al impuesto sobre la renta. En su lugar, han introducido un impuesto sobre la educación (aunque no lo llaman así). Puesto que, en términos generales, un graduado universitario gana mucho más que quien no lo es, nuestros dirigentes demócratas concluyen que tienen que pagar por este privilegio perso-

nal mediante tasas financiadas con los préstamos que se conceden a los estudiantes, que tendrán que devolver luego con sus ingresos más altos después de que se gradúen. Como cualquier verdadero socialista percibirá inmediatamente, esto conlleva dos problemas. Primero, no existen los graduados “típicos”, ni los no graduados “típicos”. Mucha gente con una excelente formación gana muy poco y muchos con muy poca preparación ganan mucho. Depende, en gran manera de si los graduados universitarios se dedican a vivir de los negocios o de los servicios públicos. Antes resolvíamos, por lo general, este problema mediante el impuesto sobre la renta, en el cual, quienes ganaban más, por cualquier motivo, pagaban más. ¿Por qué no se hace ahora?. En segundo lugar, incluso los problemas más importantes y más fundamentales surgen de la nueva idea de que la educación es algo que se adquiere de forma personal y no social. La mayoría de la gente prefiere vivir en un país con un buen nivel de educación. La ignorancia no sólo es menos productiva, sino que es peligrosa. No sólo el progreso, sino ahora también la supervivencia humana depende de que evolucionemos en bloque hacia un interés por comprender la naturaleza de los diferentes tipos de evidencia y de la capacidad que tengamos de manejar las incertidumbres que están implícitas en los enfoques racionales de los problemas humanos, la capacidad de pensar de forma racional sobre un mundo mucho más amplio que nuestro propio entorno. Si dejamos que nos arranquen los conocimientos y las ideas de su condición tradicional de bienes gratuitos que se adquieren fuera del mercado global de bienes de consumo, si se dejan de contemplar los frutos de una educación superior como el logro de unos ciudadanos con más bagaje de conocimientos y los consideramos como propiedad intelectual, nos vamos a sumergir en una sociedad que, a duras penas, imaginarían Adam Smith, Tom Paine, Benjamin Franklin y otros pioneros del Siglo de las Luces.

Como un ABC de historia socioeconómica, la secuencia exageradamente simplificada que he expuesto aporta un borrador y es una visión totalmente europea del desarrollo del mundo, pero su verdadero curso ha sido mucho más complicado. Sin embargo, constituye un marco inicial

sobre el que asentar un pensamiento inteligente y ampliarlo y corregirlo posteriormente y nunca he oído nada mejor. Ninguna de estas fases de la historia económica que he señalado fue nunca totalmente desplazada por la siguiente. En todos los casos, las nuevas economías y las nuevas clases sociales se desarrollaron en el seno de las previas. Las obsoletas, aunque destronadas, persistían mientras seguían sirviendo para funcionar en determinados entornos particulares, sin alterar indebidamente el funcionamiento de la nueva modalidad dominante. La gestación del capitalismo duró varios siglos y se desarrolló en el seno de los estados feudales, antes de reemplazarlos; sin embargo, las jerarquías feudales de autoridad y los hábitos de sumisión a los de arriba persisten en la actualidad dondequiera que sean útiles para los intereses de los inversores y los gestores y no les creen dificultades, como lo sigue demostrando el caso de la Casa Real de Arabia Saudí, inventada por los intereses de las compañías petroleras británicas en 1926 y mantenida hoy en día por los de las correspondientes compañías estadounidenses.

El libre comercio del trabajo ha sido tanto la base del capitalismo industrial como una fuerza corrosiva que erosiona a sus precursores, la economía y el poder feudales. A pesar de muchos intentos violentos, que tuvieron éxito de manera transitoria, para tratar de suprimir la movilidad y el comercio en el trabajo, los terratenientes feudales, dueños de esclavos y de reyes, finalmente se dieron cuenta de que esta pretensión era imposible. Ellos necesitaban tener las mercancías que podían producir, a un precio menor, los mercaderes, los fabricantes y los comerciantes de la lana, empleando el trabajo libre, porque el trabajo de las fábricas libres era más productivo que el de los esclavos o los siervos vinculados a sus tierras. Los señores feudales necesitaban capital que tomaban prestado con usura (que la Iglesia condenaba entonces). Sin usureros, no podían costear las guerras de conquista que organizaban para aumentar su riqueza, ni los palacios a Dios y a Mammón que edificaban para mantener su autoridad. A lo largo de toda la historia, nosotros los de abajo éramos muchos y ellos pocos: la autoridad no dependía del número, sino de las voluntades y las mentalidades. Haciendo que los mercaderes y los usureros apoyasen su

autoridad, los aristócratas de la tierra estaban asegurando la supremacía práctica del dinero sobre la sangre noble y su propio eclipse como clase dominante. Promovieron su propio hundimiento mediante estos métodos de expansión y supervivencia, aunque ha tenido que pasar mucho tiempo y este hundimiento no es todavía completo². Para crear una sociedad más plenamente democrática, hemos de encontrar los medios que esta última forma de explotación contiene en sí misma y que son indispensables para su propio crecimiento ulterior, pero que llevarán a un futuro completamente nuevo y diferente si finalmente podemos suplantarlos con nuestra actuación inteligente.

Este cambio verdaderamente revolucionario llegará en su momento oportuno, no de los cielos ni de los infiernos, sino de la sociedad actual, de la que formamos parte y de las personas con las que contamos, no de la sociedad de la que preferiríamos formar parte, ni de quienes preferiríamos tener a nuestro alrededor. La naturaleza de la fuerza social que se acumulará tras esta transición es mucho más importante que la de la transición en sí, cuando la misma llegue. Marx se concentró en la evidencia de que esta fuerza podía surgir de las relaciones sociales que hay en el contexto de la producción de bienes de consumo. Predijo que la fuerza de trabajo embrutecida y todavía desorganizada que había descrito Friedrich Engels en Manchester, que había perdido su propia cultura campesina y todavía no había desarrollado la cultura independiente propia de la clase trabajadora, acabaría finalmente por dar lugar a una clase revolucionaria instruida, tal como sucedió algunas generaciones más tarde.

La contradicción inherente a cualquier sistema en el que la producción está socializada, pero los medios de producción permanecen en manos privadas debe resolverse finalmente o mediante una sociedad completamente socializada y democrática o por la “mutua destrucción de las partes en conflicto”, como nos recuerda acertada e inexorablemente el primer párrafo del *Manifiesto Comunista*. Esto puede tardar mucho tiempo en llegar, quizá tanto que, antes de que esta nueva clase pueda actuar de forma efectiva, ya está decayendo a nivel mundial a causa de la mecaniza-

ción y la automatización de la producción de bienes de consumo y, a nivel nacional, por la competencia mundial para reducir los impuestos sobre el capital y el precio del trabajo. El trabajo solo no puede ya proporcionar la fuerza para conseguir la democracia económica, incluso aunque pudiera encontrar algunos generales que dirigiesen esa batalla.

No he encontrado ningún indicio de que Marx se interesase por ninguna otra alternativa para que pudiesen desarrollarse, fuera, paralelamente y más allá de la economía de mercado, otras formas de producción de valores que, unidas a las contradicciones inherentes al proceso de la producción de bienes de consumo, satisficiesen a la vez algunas de sus necesidades esenciales y sirviesen para el desarrollo de un modelo alternativo para esa producción de valores. Parecía como si Marx, sorprendentemente, no estuviera interesado en las estrategias que Gladstone, Disraeli y otros reformadores del siglo XIX habían adoptado ya para evitar las consecuencias de una concesión a los trabajadores, que acabaría siendo general y que ellos ya habían entendido que iba a ser inevitable si se quería mantener el consenso para que siguiesen mandando unos pocos. Antes de esto, en la primera mitad del siglo XIX, prácticamente todo el mundo presumía un choque inminente entre una aristocracia derivada mayoritariamente de la propiedad de la tierra y la naciente clase trabajadora de la industria. El movimiento “Chartista”² se había ido diluyendo porque había cedido ante bastantes de las demandas de los trabajadores para conseguir que la clase dirigente ganase tiempo para reorganizarse. La riqueza aristocrática de las tierras se unió a la riqueza plutocrática de la industria, mientras se ofrecía a los trabajadores su ascenso social, asegurándoles una situación de privilegio respecto a las poblaciones nativas de todo un imperio que ocupaba una cuarta parte de la superficie de la tierra. Se definieron de una nueva manera la nacionalidad y el sentido común británicos, con objeto de que una parte suficiente de los trabajadores industriales

² El *Chartism* fue un movimiento de reforma social y política de Reino Unido a mediados del siglo XIX. Su nombre se deriva de la “People’s Charter” (“Carta del Pueblo”) de 1838, una especie de concesión a las demandas crecientes de los ciudadanos.

se identificaran con los intereses de sus patronos, para asegurarse que siguiesen mandando unos pocos, a pesar del derecho universal al voto.

Esta nueva definición dependía de una estabilidad social que se logró mediante el consenso, no mediante la coacción, no sólo para la población de la metrópoli, sino también en el imperio. En la India en los años veinte del siglo pasado, 150.000 soldados indios de nacimiento (dirigidos por oficiales británicos) controlaban a más de 250 millones de personas que carecían de voz propia en su país. Esto no era posible sólo mediante la coacción, ni en la India, ni en ninguna otra parte del imperio, pero sobre todo no lo era en absoluto en la propia Gran Bretaña (aunque, no obstante, se usaba la fuerza de manera despiadada siempre que se consideraba necesario). La sanidad y la educación públicas se convirtieron en medios importantes para conseguir el consenso y la estabilidad.

No existe valor alguno que no pueda, en cierto modo, producirse y comercializarse como un bien de consumo susceptible de producir beneficios, aunque muchos de estos valores se hayan convertido en irreconocibles por el camino. Hollywood, los parques temáticos de Disney y el Selecciones del Reader's Digest tienen, en gran parte, la misma relación con el conocimiento y la cultura que se ha ido acumulando en el mundo que la que tienen los productos de una buena cocina casera con la producción industrial de pollos, con los supermercados y con la comida rápida. Sin embargo, las relaciones entre ambos grupos de cosas existen y siguen creciendo, a pesar de la sospecha de que se está decepcionando a los consumidores. La sanidad, la educación, el deporte y cualquier otro tipo de actividad cultural y creadora puede incluirse entre los bienes de consumo susceptibles de comercializarse. Todos ellos pueden consumirse de manera pasiva y, si los consumidores no se fijan demasiado, incluso puede parecer que siempre han estado ahí para que se consuman. Si la producción de bienes de consumo puede generar y distribuir estos valores de una forma más eficaz y eficiente que las formas socializadas de producción, que ya se estaban desarrollando de forma embrionaria a partir de los orígenes previos al capitalismo, y si la gente no se da cuenta o no se

preocupa de la diferencia que existe entre la creatividad y el consumo pasivo, o entre las verdades y las mentiras razonables, las grandes empresas y las asociaciones de las mismas con el Estado pueden absorber todas esas formas de producción de cosas que no son bienes de consumo, subordinando sus funciones sociales al hecho de que generen beneficios de la misma forma que se hace con cualquier otra cosa en una sociedad comercial. Los defensores de la ‘reforma’ del servicio de salud han asumido que tiene que ser así, animados por la mayor parte de los economistas pero, por el momento, sus afirmaciones se han quedado en el terreno de la fe, no en el de la demostración científica.

Si, por otra parte, se contempla la producción de bienes de consumo no con objeto de aumentar la productividad y, si la misma subvierte la moral de los trabajadores y genera productos distorsionados y que no merecen confianza, y se desvía la inversión pública con objeto de que los inversores y los gestores obtengan beneficios, en lugar de destinarla a la atención a los ciudadanos, tendríamos que revisar el modelo económico del NHS, que se desarrolló de forma intuitiva entre 1948 y 1979. En esa época se consideraba, en general, que el servicio de salud británico, con su carácter global y destinado a una población en su conjunto, era el más eficiente del mundo. Funcionaba como a la deriva, como un servicio gratuito, en el que pocos conocían el precio de cada cosa, pero la mayoría estaban desarrollando un gran sentido de los valores. Si volviésemos a ese camino, añadiendo las ventajas administrativas que se han logrado desde entonces, principalmente en el campo de la informática, probablemente podríamos encontrar un modo de producción, no del tipo del que se emplea para los bienes de consumo, y que sería no sólo más productivo, más eficiente y más atractivo para sus propios trabajadores de lo que es el mercado a medias que ahora está llevando al NHS a la bancarrota, sino que también representaría una nueva dimensión importante para el cambio social. Esto tendría la ventaja, históricamente excepcional, de que el NHS es una institución enormemente popular que ya tenemos, una institución establecida dentro de la cual podemos aprender. Un partido político que mostrase su intención de hacer suya esta vuelta a ese camino, sin

duda se enfrentaría a las burlas y la hostilidad de la mayoría de nuestros medios de comunicación y de muchos de los expertos en política que han colaborado para llevarnos a la situación en la que estamos ahora, pero podría estar seguro del aplastante apoyo público respecto a un tema que es crucial, en el momento actual, incluso para los votantes menos comprometidos, perdidos en mitad del campo de lo que ahora se considera política.

Los argumentos que hemos citado en los capítulos previos sugieren que la prestación de atención sanitaria de forma comercial, como si de un bien de consumo se tratase es, en casi todos los sentidos, mucho menos eficiente que la prestación socializada y gratuita de la misma. Por lo tanto, el NHS es una organización económica potencialmente independiente, que emplea una medida de sus ingresos y de su producción completamente diferentes, asignando unos papeles completamente distintos a los economistas de la salud y a los educadores políticos. Estos papeles chocan ideológicamente con los de la economía de los bienes de consumo, pero, al mismo tiempo, proporcionan medios para estabilizar a ésta última en el seno de una sociedad que, en otros sentidos, se está desintegrando por completo. Tal como dijera Bevan en 1948, “se trata de un camino por completo nuevo”.

LA TRANSICIÓN DE UN TRABAJO FÍSICO A UNO MENTAL

Todas las economías maduras se encuentran ahora en una transición desde la fabricación predominante de bienes materiales a la producción de servicios, de información y de nuevos conocimientos e ideas. Disminuye el empleo en las manufacturas porque las máquinas están substituyendo al trabajo humano y lo que resta de esta actividad manual se está trasladando a países el tercer mundo con bajos salarios. Esto conlleva cambios sociales al menos tan grandes como los que supuso la transición del predominio de la agricultura al de la industria.

El desarrollo de máquinas inteligentes mediante la tecnología de los “chips” ha cambiado el carácter del trabajo, de consistir esencialmente en

tareas mecánicas, que dividían y subordinaban a la inteligencia humana, a ser tareas que requieren más imaginación que la que esas máquinas, extremadamente rápidas y obedientes, pero todavía serviles, son aún capaces de aplicar. Estas nuevas tareas necesitan de una inteligencia humana relativamente compleja, crítica e imaginativa, propia de una fuerza laboral cada vez más educada, capaz de elaborar juicios que todavía están fuera del alcance de las máquinas, incluso de las llamadas inteligentes. Los patronos necesitan ahora trabajadores capaces de asimilar mucha más información, que proviene de unas fuentes mucho más variadas que nunca y que estén capacitados para tomar decisiones que antes eran exclusivas de los directivos.

En los viejos tiempos, los trabajadores sin experiencia que intentaban hacer algún trabajo por sí mismos, daban un paso con el que se salían de las normas de organización. Aun cuando cometían el más pequeño error, podían tratar de explicar su error con una frase que siempre empezaba por “...es que yo creía”, para la cual el que estaba por encima tenía una respuesta estereotipada: “No le pagamos para que piense, le pagamos para que trabaje”. Los patronos querían cuerpos, no cerebros. Entre los trabajadores manuales de la industria pesada había un sentir general de que cualquier otro tipo de trabajo, tal como el de sentarse en una silla para escribir a máquina, no era en absoluto trabajo. Se había formado una amplia cultura de clase trabajadora en torno a la capacidad física, la fuerza y la capacidad de aguantar. Esta cultura se expresaba en la vida personal de los hombres principalmente mediante su participación en los deportes, en el campo o, más a menudo, como espectadores con capacidad de juicio y bien informados, así como en otras múltiples actividades, cuyo único denominador común era que no tenían ninguna relación con el trabajo. Las sucesivas generaciones se esforzaban con más o menos éxito para poder alquilar sus cuerpos a los patronos por el mejor precio que fueran capaces de conseguir, lo que, a su vez, dependía de la solidaridad (en el regateo colectivo) y de que se reservasen sus mentes para sí mismos, pues, por supuesto, no puede haber cuerpos sin cerebros, ni hay ningún trabajo físico que no implique pensar. Tanto los patronos como los traba-

jadores lo sabían. Sin embargo, cada una de esas partes por sus respectivos motivos, estaban de acuerdo con este poderoso acuerdo cultural: los cuerpos son para trabajar y hay que dejar los cerebros fuera.

Para los patronos, la muestra de que los trabajadores tenían mentes sanas era que aceptasen su propia debilidad, como negociadores aislados en un mercado libre de trabajo. Si estos trabajadores “sanos” querían celebrar su capacidad física en sus propios términos, podían hacerlo, sin peligro, mediante el deporte. Si se empeñaban en usar sus mentes, lo podían hacer mediante la religión u organizando cualesquiera de las múltiples actividades mediante las que las comunidades evocan sus glorias pasadas. Para los trabajadores, por otra parte, la unidad, la solidaridad y la independencia escéptica respecto a los patronos se convirtieron en señas de que tenían sanas las mentes. A lo largo de los siglos XIX y XX, los trabajadores británicos establecieron una barrera cultural entre sus cuerpos, alquilados a los patronos y sus mentes, que guardaban para sí mismos. De esta manera, los trabajadores de la industria en cualquier país, unos antes y otros después, y de muchas formas diferentes, según las naciones, crearon la maquinaria social para progresar hacia una sociedad más acogedora para todos, menos desigual y más estable para todo el mundo, no sólo para los trabajadores industriales, sino para todos los que vivían de lo que hacían y no de lo que poseían³.

A partir de los años setenta del siglo veinte, los patronos han modificado sus demandas respecto a la educación estatal. Antes, para la mayor parte de la fuerza de trabajo, los patronos sólo exigían que supiesen leer y escribir y las cuatro reglas. Más allá de esto, existían múltiples peligros. Los trabajadores que leen libros, pueden hacerse preguntas y buscar sus propias respuestas. Para los trabajadores, la cultura más elevada y los nuevos conocimientos que se generan en las universidades sólo parecían accesibles a un elevado precio, el de aceptar una cultura académica, lo bastante próxima a la de los gestores como para parecer casi idénticos a ellos, despreciando su cultura propia y abandonando la solidaridad. Para muchos de ellos este precio era prohibitivo. Todo el mundo conoce y

deplora la extraordinaria hostilidad de una masa crítica de escolares de origen obrero, en especial chicos, hacia cualquier intento de educarlos. Esto no tiene contrapartida en la educación privada, en la que todos los padres y todos los hijos comparten una cultura común en la que es normal realizarse personalmente mediante la competencia, lo que tiene poco que ver con las capacidades innatas. Esta hostilidad se puede encontrar en todos los países que están sufriendo transiciones similares desde un trabajo manual a uno intelectual y tiene que tener una explicación común. Una de las más probables es que esta nueva fuerza de trabajo intelectual no ha desarrollado todavía una imagen de sí misma independiente que va a necesitar para dar a los hijos de la clase trabajadora confianza en el futuro, en sus propios términos.

El precio que se exige a los trabajadores manuales especializados en el mercado globalizado de trabajo es que renuncien a los niveles europeos de subsistencia para aceptar los asiáticos, quizá no de forma inmediata, sino en un futuro lo suficientemente próximo como para que se venga abajo el respeto por sí mismos y la confianza en sí mismos que antes tenían los trabajadores manuales. Este cambio profundo en la forma por la que la mayoría de la gente, particularmente la mayoría de los hombres, se gana la vida y la pérdida de confianza consiguiente en las culturas de la clase trabajadora, ha dividido inicialmente a las generaciones, arrancando a los jóvenes de su propia historia y haciendo que los viejos pongan en duda el valor de sus propios esfuerzos del pasado.

Para conseguir un empleo puntero en la industria basada en el conocimiento, los trabajadores tienen que adquirir unos conocimientos complejos y unas formas de pensamiento que anteriormente estaban reservadas a ese aproximadamente 5% de la población que llegaba a la universidad cuando yo era joven. Hacer esto dentro de sus propios contextos culturales, en lugar de hacerlo en los términos humillantes que ha aceptado (a menudo de forma muy equivocada) la mayor parte de ese antiguo 5%, sólo será posible cuando hayan ideado nuevos medios de alquilar a los patronos las partes de sus mentes que éstos desean y por las que están dis-

puestos a pagar, mientras se reservan, de nuevo en el futuro, un lugar para su forma independiente de ver la vida y su propia cultura. En cambio, un número cada vez mayor de ellos puede que rechace alquilar sus mentes a cualquiera, pero insisten en encontrar un trabajo en el que puedan pensar por sí mismos, no como meras fuentes de beneficios, sino como ciudadanos que aporten algo a la sociedad. Ambas estrategias se están empezando a desarrollar ya, la primera principalmente entre los trabajadores muy jóvenes y la segunda casi por completo entre los trabajadores de los servicios públicos. Hace falta tiempo para crear una nueva cultura a partir de cualquiera de estas dos líneas de comportamiento. Nuestro planeta está ya peligrosamente cerca de la media noche, de modo que ambas tareas son más urgentes que nunca.

DOS CULTURAS

El núcleo central de esta nueva economía es la producción, la distribución y la interconexión de la información para generar nuevo conocimiento. Se trata de considerar que la propiedad intelectual es un bien de consumo comercializable, como si fuera una faceta más de la producción capitalista. Como el tiempo que transcurre entre los descubrimientos y sus aplicaciones técnicas es cada vez menor, cada novedad sucesiva implica más costes de inversión, con periodos cada vez más cortos de producción de beneficios. Cada novedad crea más presión para que se saque el nuevo conocimiento de su condición tradicional de beneficio compartido por toda la humanidad para incluirlo en el ámbito del secretismo comercial, por su condición de propiedad intelectual que sólo produce beneficios si no se comparte. En este sentido, la nueva economía implica la privatización de una propiedad que antes era común a todos y que, como tal, producía efectos positivos en todas las culturas.

Las contradicciones que lleva implícitas toda producción social destinada a proporcionar beneficios privados crean un problema a los patronos de la nueva economía. Las ciencias básicas de las que tienen que derivarse las nuevas ideas funcionan de una forma más eficiente y eficaz si

están motivadas por nuestro afán común de buscarles utilidad y significado personales en el seno de la sociedad global. Los descubrimientos no pueden limitarse a algo que parece que, con más probabilidad, va a conducir a la obtención de unos beneficios rápidos y sólidos. Los investigadores y los pioneros han de tener libre acceso a los descubrimientos que hacen otras personas en otros países, sin que se lo dificulte el copyright, el secreto comercial o la censura política, mediante proyectos cooperativos en los que la competencia se ha civilizado para convertirse en emulación, en búsqueda del verdadero honor (el respeto real de los colegas), no de la riqueza superflua. En las nuevas industrias basadas en el conocimiento, incluso los capitalistas más estúpidos saben que en los mundos de la educación y de los descubrimientos científicos, la motivación nunca ha dependido del beneficio previsible. Uno se pregunta hasta qué punto deben estar seguros, incluso los capitalistas más estúpidos de que la sustitución de la forma socializada de crear nuevos conocimientos por una forma privatizada va a dar lugar a aumentos de productividad del mismo orden que los dio la producción en serie de automóviles, por parte de Henry Ford, comparada con la fabricación artesanal de vehículos.

En el ejercicio 2001-2002, Jean Pierre Garnier, principal ejecutivo del laboratorio farmacéutico GlaxoSmithKline, ganó alrededor de siete millones de libras (unos diez millones de euros), lo que le convirtió en el tercer ejecutivo mejor pagado de todos los del Reino Unido en ese año. Los beneficios de su compañía habían bajado de 18 millones de libras (unos 25 millones de euros) en el 2000, cuando se hizo cargo de ella a 12,5 millones (unos 17,5 millones de euros) en 2002 y el valor de las acciones había bajado de 18 a 12,5 millones de libras. A pesar de este fracaso, pidió un aumento fenomenal de sueldo para 2003. Quienes le apoyaban en el consejo de administración dijeron que era necesario “para mantenerle motivado”, con unos ingresos similares a los de los ejecutivos de la misma firma en Estados Unidos⁴. Tendrían que haber sabido que ninguno de los mejores investigadores farmacólogos de su empresa, ni los miembros de los departamentos universitarios que habían creado y desarrollado los proyectos que habían tardado toda una generación en

realizarse y que habían precedido a su trabajo, ni los investigadores clínicos que habían aprendido cómo usar estos nuevos conocimientos en el terreno práctico, pudieron ser motivados de manera tan primitiva.

Aunque hemos entrado en una era que amenaza con meter a toda la educación superior y a la investigación en un torbellino corrupto de secreto comercial, ética de los negocios y conformismo ideológico, todavía tenemos dos culturas. No me refiero a la obvia ni superficial división entre artes y ciencias que describió C.P. Snow⁵, sino a la división fundamental, llevada hasta el límite por el capitalismo global, entre la búsqueda de respuestas a las necesidades humanas y la búsqueda de beneficios económicos. Muchos trabajadores intelectuales, probablemente por mucho tiempo, tendrán que alquilar sus mentes a patronos para los que ocuparse de las necesidades humanas no es más que un producto colateral. Tienen que trabajar todavía en el mundo de los negocios, aunque fuera de sus trabajos hagan todo lo que puedan para vivir en un mundo distinto de su propio bagaje cultural. Pero el mundo de las artes y las ciencias necesita espacio por sí mismo. No para el 2% o el 5% o incluso el 50% de la gente, sino finalmente para todos. El espacio de este tipo más desarrollado y más fácil de defender está en nuestras escuelas, nuestras universidades, nuestros centros de salud y nuestros hospitales. Siempre fue y tiene que seguir siendo un mundo diferenciado del servicio público y del de los negocios. Porque es un crimen que los políticos que fueron elegidos como fidedignos sucesores de Nye Bevan y de otros pioneros del servicio de salud y la educación gratuitos y universales nos nieguen este mundo de diferencias.

CONDICIONES PREVIAS PARA QUE SE DESARROLLEN LAS ECONOMÍAS BASADAS EN EL CONOCIMIENTO

El desarrollo libre de una educación para toda la sociedad, no limitado por la cultura de una clase dominante y el desarrollo libre de conocimiento a partir de universidades independientes, sin que lo impidan ni el secreto comercial ni las presiones del comercio para que se obtenga un beneficio rápido, son las condiciones previas para el desarrollo de

economías basadas en el conocimiento. El secreto comercial, las inversiones preferentes para la obtención de beneficios rápidos y el abandono de los proyectos a largo plazo porque tengan riesgos importantes de poder fracasar a corto plazo o porque son útiles para poblaciones que no tienen poder adquisitivo, son características de la producción cuyo objeto es la obtención de beneficios. Todas estas características inhiben y distorsionan necesariamente el crecimiento pero, para tener éxito, la competitividad exige un crecimiento óptimo. De esta contradicción se deriva el hecho de que finalmente no puedan tener éxito los intereses dominantes de los grandes patronos, que van a seguir fragmentando y distorsionando la educación para poder producir el tipo de ciudadanos que ellos quieren, eficientes desde el punto de vista técnico e imaginativos, pero ciegos desde el punto de vista social y cultural. Cualquier nación, o grupo de naciones, que tome medidas para defender sus escuelas y universidades de las presiones comerciales, va a lograr, de forma paradójica, una ventaja comercial a largo plazo mediante un desarrollo más rápido de su economía basada en el conocimiento, aunque por ello tenga también que acelerar la transición para que esa economía pase de ser propiedad de inversionistas privados a que su propiedad y control pertenezca al conjunto de la sociedad.

¿Qué tiene todo esto que ver con el NHS? El NHS proporciona una interfaz organizada, documentada y personalizada entre, por una parte, la población británica y, por otra, los nuevos conocimientos científicos. Cada hospital y cada centro de atención primaria del NHS se está convirtiendo en una unidad potencial de enseñanza e investigación. Los médicos generales británicos todavía tienen poblaciones asignadas a cada uno de ellos y vínculos mantenidos con dichas poblaciones que les permiten su observación mantenida, no sólo a lo largo de toda la vida de sus enfermos, sino también a lo largo de varias generaciones. Los miembros de las plantillas de atención primaria son titulados universitarios con un conocimiento básico del pensamiento y la evidencia científicos. Por su propia experiencia clínica, cada vez más enfermos están implicados en la educación en masa en aspectos del aprendizaje y el pensamiento científico. El

NHS presta servicio a una población que ya tiene experiencia y confianza en una organización que, aunque no de manera perfecta, estaba empezando a funcionar, en la que no se pagaba en el momento de utilizarla y que era más eficiente que cualquier organización asistencial comercial. Los recuerdos del relativo éxito de esa organización pueden persistir durante el tiempo suficiente como para que muchos profesionales y muchos enfermos se den cuenta del fracaso de la ‘reforma’ que supone la introducción del mercado para lograr algo más que hacer que algunos ricos se hagan aún más ricos.

Las actuales políticas gubernamentales inglesas van a destruir todas estas preciosas ventajas. Estas ventajas son preciosas no sólo por haber permitido poner en práctica una asistencia más eficaz y eficiente, sino también por haber logrado mejoras en la calidad del servicio que pueden convertirse en un aspecto cada vez más importante de una organización más amplia, tanto para las necesidades nacionales como para la exportación. A todos los niveles estas políticas gubernamentales separan a quienes planifican y gestionan el trabajo de quienes lo llevan a cabo. Transforman los hospitales, que antaño colaboraban entre sí, en competidores celosos y llenos de secretos, dividen la atención continuada en porciones de tal tamaño que puedan ser cada una considerada como un bien de consumo y que apartan a los profesionales de las consecuencias de su propio trabajo, fragmentan al NHS imponiendo opciones que nadie desea para favorecer el crecimiento de un sector privado que estaba moribundo, y convierten a una nación de ciudadanos generosos en una masa de consumidores envidiosos y que no paran de quejarse. Todo esto sin embargo requiere tiempo y crea sus propias nuevas barreras frente a la eficacia y la eficiencia que afirma querer conseguir. Los cambios hacen que la organización se torne cada vez más vulnerable a una alternativa evidente que consiste sencillamente en volver al camino que abandonamos en 1948 cuando pusimos en marcha una organización en la que no había que pagar al usar los servicios, que ofrecía soluciones a los problemas que el mercado no ha sido capaz de resolver obteniendo beneficios y que, por lo tanto, ha ignorado.

LA ORGANIZACIÓN POLÍTICA EN LA ERA DE LA PRODUCCIÓN INTELLECTUAL

La clase social que, en su conjunto, tiene un interés común en los servicios públicos como organizaciones independientes sin ánimo de lucro, si quiere tener algún futuro que no sea la subordinación de toda actividad humana al lucro, necesita superar sus otras diferencias, que a menudo se viven como importantes y profundas, para crear una cultura común de solidaridad social. Esta cultura tiene que tener una base mucho más amplia que la de la vieja clase trabajadora de la industria que ahora se está colapsando. Tiene que dar entrada a cualquiera que considere que la sanidad, la educación o la práctica deportiva y de las artes son servicios públicos que, si no los comparte y los usa todo el mundo, considerándose participantes y no consumidores, acaba por convertirse en algo mutilado, degradado e inadecuado para cumplir sus fines.

Este tipo de asuntos eran antaño el núcleo central de la política en todo el mundo, sólo detrás de los temas de independencia nacional. Llevaban a generaciones de héroes y heroínas pioneros a arriesgarse a morir y a dedicar sus vidas al cambio progresista. El colapso del socialismo en el siglo XX, previsto acertadamente por Thatcher y Reagan en 1979 y confirmado por la transición de la URSS a un capitalismo de bandidos y de Vietnam y China a un capitalismo oligárquico marcaron aparentemente el final de los partidos políticos como vehículos para organizar la sociedad de formas fundamentalmente diferentes. A finales del siglo XX, todos los partidos políticos europeos con posibilidades de lograr el poder tendían a converger hacia un consenso sencillo respecto a la idea de los fundamentos económicos de la sociedad, lo mismo que había sucedido con los partidos políticos de Estados Unidos desde 1945. Los partidos importantes no se distinguen entre sí por sus políticas fundamentales, sino por la forma en que presentan este consenso dependiendo de las expectativas de sus audiencias sociales, que siguen siendo algo diferentes entre sí, o sea, en definitiva, por las diferentes formas de engañar a la gente. Hay que llenar este vacío histórico, pero ¿con qué?⁶.

Los cambios fundamentales en la organización de la sociedad dependen de las convulsiones de las economías dominantes que se derivan de su propia evolución y de las interacciones entre ellas, en las que se incluyen las guerras. Los partidos políticos pueden acelerar o retrasar estas convulsiones, pero nunca desencadenarlas. Hace tiempo que se ha hecho evidente que tales convulsiones se nos vienen ahora encima y que o empieza pronto alguna reorganización importante de la sociedad global o la misma se va a colapsar en una aniquilación mutua. Las clases dirigentes de las economías maduras, especialmente en la economía dominante de los Estados Unidos, no dependen del apoyo de los ciudadanos, sino que son ellos quienes organizan a los ciudadanos. Gastan miles de millones de dólares en hacerlo, hasta la fecha de una forma muy efectiva. Sin embargo, al hacer esto, necesitan alguna demostración material de que sus métodos proporcionan los marcos sociales elementales para la sanidad, la educación, el transporte y otros servicios esenciales, sean o no rentables. La masa de ciudadanos que vive no de lo que posee, sino de lo que hace, tiene que organizarse a sí misma para conseguir que el empleo en este sistema de trabajo intensivo para cubrir las necesidades básicas, se incremente, al menos tan deprisa como disminuye el empleo en el sistema que requiere aportaciones intensivas de capital para fabricar bienes de consumo. Los salarios reales de la industria de Estados Unidos han disminuido de forma sostenida desde los años setenta⁷. Salvo que el Gobierno aporte alguna demostración mejor de que se está ocupando de algo que no sea hacer a los ricos más ricos, pronto va a tener que enfrentarse a la falta de credibilidad pública.

Junto con su probable sucesor, Gordon Brown, el Primer Ministro del Reino Unido, Tony Blair, inventó el Nuevo Laborismo, marca que se diseñó para borrar por fin el socialismo de la retórica del Partido Laborista. El objetivo fue hacer que este partido fuera la adecuada alternativa natural, mejor que el Partido Conservador, para los grandes negocios multinacionales y sus periódicos, pues su historia de partido de los trabajadores le garantizaba un voto importante de lo que es la izquierda de la clase trabajadora industrial, aunque hiciera poco por los trabajadores y

todo para servir a los patronos. Su historia paralela de partido liberal garantizaba los votos de los colectivos más tolerantes de la clase media. El éxito táctico de esta política asegura el consiguiente fracaso estratégico. Al igual que en Estados Unidos, cuando los partidos progresistas consiguen el poder adoptando las políticas y la cultura de los conservadores, todo el espectro político se desvía hacia donde quieren los más ricos y toleran los votantes más ignorantes. Si las tendencias actuales continúan, el Partido Conservador recuperará el poder como abogado más creíble de las políticas conservadoras, con no menos preocupación por los que resulten perdedores en una sociedad competitiva y con el añadido de un nuevo factor, los partidos fascistas sagazmente disfrazados. Por toda Europa, los partidos neofascistas se están volviendo a establecer como una opción razonable para los electorados civilizados. Como sus predecesores en Italia y Alemania, ofrecen esperanzas capaces de ilusionar a los trabajadores que piensan que “sus propios ‘partidos socialdemócratas’” no tienen ni voluntad ni conocimientos para salvarles de que se ahoguen en las riadas del cambio económico inherente al sistema capitalista. Para los pequeños empresarios, las ideas fascistas siempre han tenido un atractivo obvio, pero no para los trabajadores industriales, salvo que sean políticamente analfabetos. Pero la formación política hay que enseñarla y, aproximadamente en los últimos veinte años, no hemos tenido maestros. Los partidos socialdemócratas abandonaron hace tiempo ese papel, enseñando sólo como conseguir votos. Los partidos comunistas se han evaporado. El resto de la extrema izquierda, allá donde aún existe, está anclada en el análisis de un pasado que básicamente no existió nunca. El cuadro general es el mismo en todas partes: los partidos socialdemócratas buscan desesperadamente nuevas vías para defender a los dueños del mercado global; los medios de comunicación se preocupan por presentar estas ideas, en lugar hacerlo por la política; los fascistas y los fundamentalistas religiosos ofrecen vías de escape salvajes hacia destinos incluso peores.

Es demasiado pronto para adivinar hacia qué formas de organización política evolucionaremos en la nueva era de producción industrial. Parece improbable, pero no imposible, que al menos algunos partidos socialde-

mócratas europeos acepten una revisión fundamental y descubran de nuevo lo que hay de positivo en su herencia, desechen lo que se haya demostrado que es falso y den la bienvenida a sus muchos amigos potenciales que nunca se han sentido capaces de entrar en sus dinámicas de partido. Creo que es más probable que los profesionales de los servicios públicos (una categoría que necesita una nueva definición para poder incluir en la misma a todo aquel que tenga un compromiso para toda la vida con su empresa) puede que desarrollen formas de organización a nivel de los lugares de trabajo que no se limiten a las reivindicaciones salariales, sino que batallen por tener una voz real respecto a cómo trabajan, para quién y para qué lo hacen y cómo se relacionan con los ciudadanos a quienes sirven en sus respectivas localidades, pero no considerándolos consumidores, sino coproductores. La forma en la que los sindicatos se integren en estos esquemas va a depender de hasta qué punto los aparatos de los mismos estén dispuestas a cambiar. Del mismo modo que los partidos socialdemócratas, muchos sindicatos están paralizados por sus arraigados hábitos de autoridad, intolerancia y falta de imaginación.

Los partidos socialistas con un número importante de miembros aparecieron en toda Europa durante la segunda mitad del siglo XIX. Los primeros y, con mucho, los más poderosos surgieron en Alemania y Austria, el último y el que estuvo siempre menos seguro de su identidad fue el Partido Laborista Británico, en 1903. Prácticamente todos, excepto el Partido Laborista Británico, aceptaron el análisis de la naturaleza del capitalismo de Karl Marx y Friedrich Engels. Sin embargo, en la práctica, todos se vieron impelidos a combinar, de algún modo, programas inmediatos de mínimos destinados a conseguir mejores condiciones para los trabajadores, sin salirse de las condiciones establecidas en las economías de mercado competitivas, mediante las organizaciones de los sindicatos y su representación en los parlamentos. Esto implicó un cambio fundamental en las relaciones sociales en el trabajo gracias a la propiedad común de, por lo menos, los medios de producción dominantes, teniendo como objetivo final las reformas prácticas impulsadas por los objetivos revolucionarios. En la mayoría de los países coloniales o medio coloniales apare-

cieron pequeños partidos socialistas estructurados conforme al modelo europeo. En vísperas de la Primera Guerra Mundial, los partidos alemán y austríaco (principalmente vienés) eran enormes organizaciones de masas, con sustanciales representaciones en los parlamentos, que controlaban enormes redes que proporcionaban servicios de sanidad y bienestar social, basados en el seguro cooperativo (asumiendo las reformas de los seguros de Bismarck establecidas para neutralizar la influencia de los entonces ilegales partidos socialistas), junto con el acceso a actividades culturales, recreativas y deportivas y a la educación de adultos. Crearon un mundo prácticamente autóctono para los trabajadores industriales y sus familias, aparentemente independiente de los grandes patronos y del Estado. Marx y Engels habían muerto y la mayoría de los dirigentes socialistas ocupaban puestos relativamente cómodos en el parlamento o en los sindicatos. Como los trabajadores mejor organizados tendían a ser los más especializados y mejor pagados, los objetivos revolucionarios se alejaron aún más y los partidos se concentraron cada vez más en sus programas de reforma. El saqueo del imperio aportó en Gran Bretaña inmensas riquezas a las fortunas que previamente se habían hecho con la industria local, proporcionando no sólo empleo sino también aparente dignidad a los pobres hombres que usaban mono.

En una conferencia de la Segunda Internacional Laborista y Socialista en 1907, los partidos socialistas del mundo, incluido el Laborista Británico, prometieron que, en caso de que hubiese una guerra europea (que era obvio que estaba de camino), cada uno de ellos organizaría una huelga general contra “su propio” gobierno. Por supuesto, ninguno lo hizo. Por el contrario, todos excepto los bolcheviques rusos hicieron todo lo que pudieron por apoyar a “su propia” nación a que organizase la matanza industrial durante los siguientes cuatro años, para defender y extender “sus propios” imperios.

Este suceso catastrófico destruyó muchas ilusiones, ninguna de ellas más importante que la aceptación por la mayoría de los marxistas europeos de que si la producción industrial se concentraba en unidades más

grandes, con fuerzas de trabajo más organizadas, tanto por parte de los patronos como de los sindicatos, podría surgir una sociedad socialista sui generis sin lucha. Creían que obstaculizar las demandas de los patronos era, por lo tanto, impedir el inexorable e inevitable progreso, más o menos ininterrumpido, hacia una sociedad socialista. La guerra demostró de nuevo que el progreso sin dolor y espontáneo no es ninguna alternativa. En la Primera Guerra Mundial, al igual que en la Segunda, murieron más rusos que la suma de todos los combatientes de todas las demás naciones de ambos bandos. Junto con la extrema pobreza y el extremo atraso de sus poblaciones predominantemente campesinas, su insignificante clase media profesional y la ignorancia y estupidez de sus dirigentes, esta inútil carnicería determinó por dónde iba a romperse la cuerda en esta primera etapa de capitalismo global. Solamente los bolcheviques de Lenin tenían confianza en intentar crear algo nuevo sobre las ruinas, lo que inevitablemente se convirtió en el primer punto de referencia para todas las esperanzas y, en cierto modo, de todos los temores de los socialistas de todo el mundo. El movimiento socialista mundial, desde 1917 hasta su colapso en los años noventa del pasado siglo, se fragmentó en los socialdemócratas que preconizaban la reforma y los comunistas que proponían la revolución. Sólo de manera retrospectiva, es evidente que fue esta división el abismo finalmente creado por la Guerra Fría. Durante la mayor parte de su historia, esta división se mantuvo en la ambigüedad, estrechándose en las ocasiones de avance social y ensanchándose en los tiempos de fracaso. Las dos partes tenían algo útil que decir y que hacer y ambas lo hicieron mejor en los periodos de tregua.

Nunca se consiguió ningún avance en la sociedad simplemente por esperar a que tuviera lugar. Cada paso adelante ha conllevado esfuerzo y lucha. Las unidades médicas con baja moral, desmoralizadas por décadas de financiación insuficiente y de decisiones clínicas tomadas sobre la marcha, no se convierten en unidades con mucha moral, en las que se valoran las vidas personales, se leen y se escriben libros y la innovación y la investigación constituyen una parte rutinaria del trabajo de cada día, a menos que los trabajadores sanitarios y los ciudadanos de las comunida-

des a las que sirven actúen para cambiar una situación que han decidido no seguir tolerando. Esto lo hacen personas de carne y hueso que acaban siendo recordadas como héroes locales. Nada hubiera salido de la ley fundacional del NHS de Bevan sin la constante acción positiva de los trabajadores sanitarios a todos los niveles, incluidos algunos profesionales que inicialmente se habían opuesto a dicha ley. Lo máximo que pueden hacer los dirigentes políticos es, en primer lugar, hacer posible esta lucha activa y luego estimularla y apoyarla. Nunca deben olvidar que es esta masa de fuerza en el lugar donde se lleva a cabo la producción, o sea, los trabajadores sanitarios junto con los enfermos y las comunidades a las que prestan servicio, la que realmente pone en marcha el cambio y lo tienen que hacer mediante su lucha por lo nuevo frente a lo antiguo. Cuando los dirigentes políticos se lamentan de que sus trabajadores del servicio público son su principal obstáculo para hacer un cambio progresista, están revelando cómo ellos mismos se han pasado al enemigo. Sus trabajadores han entendido de forma correcta la naturaleza de las “reformas” que esos dirigentes tratan de imponer. Han reconocido que estos cambios no son progresistas, sino un regreso a la economía de la jungla, de la que antaño el NHS era una vía de escape.

Si miramos más de cerca la reforma y la revolución, pueden parecer menos incompatibles de lo que se las ha hecho que parezcan. Si incluso las reformas más pequeñas requieren lucha, en realidad es más fácil que esta lucha la inicien y la mantengan las personas que ven luz al final del túnel. Salvo que los revolucionarios participen en la lucha a favor de unas reformas que se puedan lograr inmediatamente, nunca van a conseguir reunir la enorme mayoría de gente que secunde su causa y que es necesaria para que tenga lugar una revolución. Es algo que los revolucionarios serios y sus enemigos siempre han entendido. Los centros de salud y las escuelas fueron siempre objetivos principales de la Contra en Nicaragua y de otros grupos contrarrevolucionarios en Namibia, Angola y Mozambique, porque entendieron que estas instituciones eran la base para lograr el apoyo masivo de la población a los gobiernos socializantes. Fidel Castro contempló los servicios sanitarios cubanos como el primero y el más

importante de los caminos para poner en contacto los objetivos socialistas y la experiencia previa de la población.

El colapso casi universal del poder de las economías socialistas y su retorno a la propiedad privada y empresarial de los medios de producción ha venido a revelar lo irreal que es esta división que se ha pretendido considerar fundamental. Este colapso podría haber sido una oportunidad espléndida para los socialdemócratas, o socialistas democráticos, para demostrar lo que quieren decir con estos términos. Es algo que no ha sucedido hasta ahora. Por el contrario, desde la potencial desaparición de una competencia sería por parte del Comunismo, la socialdemocracia parece haber perdido su interés por cualquier forma de sociedad que sea fundamentalmente diferente del capitalismo competitivo y por cualesquiera reformas que sean remotamente comparables a la sanidad, el bienestar o los cambios educativos que se pusieron en práctica en los primeros años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial. El motivo principal para que se dé esta situación parece evidente. Como ya no se contempla al Comunismo como un camino para conseguir una sociedad socialista, ya no hay necesidad alguna de que los socialistas pretendan, ni para ellos ni para transmitírselo a los demás, conocer un camino mejor para llegar a esa meta .

Cuando la Segunda Guerra Mundial estaba llegando a su fin, apareció una nueva frase en el discurso político: la democracia política no tenía sentido sin democracia económica. Las fuerzas económicas sólo son ciegas porque hacemos que lo sean, al dejar en manos del mercado las decisiones sociales. La guerra había demostrado que el Estado podía permitirse hacer cualquier cosa que quisiese hacer de verdad. La política era en realidad un asunto de prioridades sociales, y lo prioritario para los Gobiernos de los ricos eran los ricos. En Gran Bretaña, como en cualquier otro lugar de la Europa devastada, había una irrenunciable resolución de no volver a la parálisis política que había permitido el desempleo masivo y la pobreza, junto con los nuevos ricos, que habían prevalecido entre 1918 y 1939 y de la que había nacido la nueva barbarie de Hitler.

En 1944, en vísperas de la arrolladora victoria laborista de 1945, que casi solamente él, entre los políticos británicos, había predicho de forma confidencial, Nye Bevan escribió lo siguiente sobre las consecuencias de intentar conservar la democracia política sin democracia económica:

“En cada proceso electoral el poder pasa al pueblo y cada vez lo entrega de nuevo a quienes lo tenían antes... Una democracia estática tiene que morir, aunque sólo sea porque la gente se achaca a sí misma la resultante ausencia de nervio del Gobierno... Hay que hacer que la gente vea que los asuntos sociales están en mala situación, porque la propia gente no ha revestido los huesos de la democracia política con la carne del poder económico.... El Parlamento lava en público la ropa que la propiedad ensucia en privado. Se trata de una división del trabajo que acaba por ser fatal para el Gobierno democráticamente representativo. Convierte al representante público en chivo expiatorio de los bandidos de la industria y de las finanzas, sobre cuyas acciones se le niega cualquier control efectivo. El Parlamento es la plañidera profesional de los crímenes económicos privados... Si la acción se retrasa demasiado respecto a la palabra, la propia palabra se hace desabrida. Esta es la base psicológica del Fascismo... el destino inevitable de un Parlamento que se niega a sí mismo los instrumentos para la acción que son las industrias y servicios de la sociedad”⁸.

Esto sigue siendo tan verdadero hoy en día como lo era en 1944. En 2005 la última unidad británica de fabricación de automóviles a gran escala se vino abajo. Todo lo que hacemos ahora es montar automóviles diseñados y, en su mayoría, fabricados en el extranjero. Este ha sido el inevitable final de una historia que empezó hace más de un siglo, cuando los inversionistas británicos descubrieron que en un lugar que representaba el centro de un imperio con sus tentáculos en las finanzas globales, ser hábil con el papel podía ser más rentable y menos arriesgado que invertir en investigación, desarrollo y fabricación. A lo largo de todo el siglo XX, el trabajo británico ha tenido que competir con una inversión menor por empleado en energía, en nueva maquinaria o en investigación y desarrollo de ingeniería que cualquier otra nación industrializada, porque la manipulación del mercado ofrecía mecanismos más sencillos para obtener grandes sumas de dinero de forma rápida y con menos riesgo. Las

economías de dimensiones comparables de Francia, Alemania, Italia, España, Japón y Corea no han perdido todavía su base industrial porque sus gobiernos siguen planificando sus economías para que se incluyan en ellas las manufacturas, aunque esto implique unas tasas de rentabilidad menores. Los gobiernos británicos, por el contrario, han dejado que los inversores se hagan el traje a su medida, haciendo que la rentabilidad sea máxima, sin tener en cuenta de dónde se estaba obteniendo esa rentabilidad. La era Thatcher no reconstruyó la economía británica, sino que simplemente permitió que la inversión, al estilo de un casino, funcionara como quisiese, lo que quería decir dar de lado a las manufacturas y concentrarse en una economía del papel más rentable inmediatamente, subordinando a los ingenieros a los contables. A causa de esta decisión, los aprendizajes en la industria se esfumaron prácticamente durante toda una generación y Gran Bretaña perdió su industria de máquinas herramientas, que era el fundamento de la independencia industrial. El hundimiento de MG Rover y el vergonzoso aprovechamiento del mismo por parte de su última serie de directores es un fracaso visible de un sistema capitalista dirigido por la codicia del mercado, en lugar de estar regulado por la inteligencia humana. Esto puede modificar el sentir del público de forma que los comentaristas de la clase dirigente ya no van a poder concebirlo.

¿LAS CUMBRES DE LA INDUSTRIA O LAS PROFUNDIDADES DE LA CULTURA?

Es bien conocida la declaración de Bevan de que el primer objetivo del Laborismo tenía que ser asegurar que la propiedad y el control de “las industrias punteras más importantes” fueran públicos. Todo lo demás puede derivarse de ello. Subestimaba la capacidad de la clase que era la propietaria de la industria de compartir la propiedad con el Estado de las infraestructuras de servicios y de las industrias que producen bienes de consumo, tales como el carbón, el acero, los muelles y los ferrocarriles, las carreteras y el transporte aéreo, sin perder su control sobre la economía. Ninguna de estas actividades podía producir beneficios sin enormes

subvenciones estatales, todas ellas habían sufrido a causa de unas insuficientes inversiones cuando estaban en manos privadas. La situación de 1945, en que la nacionalización era la única forma de restaurar la infraestructura, podía volver a surgir. Pero, incluso si eso acontecía, la experiencia ha demostrado que podía proporcionar pocas oportunidades de desarrollar las nuevas relaciones sociales de producción que los socialistas han previsto siempre a partir de una sociedad nueva. El lugar más sencillo y menos vulnerable, a partir del que se podría empezar a construir un camino hacia delante, dentro de la sociedad capitalista, para ir a algo mejor, puede que no sean las industrias punteras más importantes, sino las profundidades de la cultura popular, incluyendo las que proporcionaron las bases para la instauración del NHS. Esta cultura popular puede desarrollarse, inicialmente, a escala masiva y, hasta cierto punto, de forma espontánea, mediante un proceso democratizado que ayude a los enfermos y a las comunidades a las que pertenecen a poner en marcha papeles compartidos propios de personas maduras. Para conseguir un cambio duradero, éste tiene que estar organizado también por lo que funcionalmente tiene que ser un partido político, bien sea resucitando uno ya establecido o creando uno completamente nuevo.

El capitalismo global se está dirigiendo ahora de forma clara hacia los intermediarios. Los diseños de una sociedad nueva se han convertido en un asunto urgente para un futuro muy próximo y tienen que ser aceptables por parte de una generación más joven que, hasta ahora, ha rechazado los aparatos de cualquiera de los viejos partidos importantes y no ha conseguido ponerse de acuerdo para crear uno nuevo, ni siquiera lo ha intentado. El cambio global del clima y la inminencia de unas guerras por los recursos son abismos visibles, en comparación con los cuales, el desastre económico de 1929 no fue más que un pequeño bache. Todo el continente de América Central y del Sur está ahora poniéndose en marcha con una fuerza a la que Condolezza Rice no encuentra forma de resistir, como lo ha demostrado Hugo Chávez. En la mayor parte del mundo, las afirmaciones de que los intereses de los grandes inversores multinacionales son idénticos a los de la gente, producen sencillamente risa y los jóvenes no se

engañan. Ya hay una enorme reserva sin explotar de apoyo para los partidos socialdemócratas que sean lo suficientemente valientes y honrados como para volver hacia la senda a la que decían que se estaban encaminando antes de que se hundiera el Comunismo, pero continúa siendo dudoso si van a dirigirse realmente a la misma.

Por otra parte, tenemos el imparable proceso, que ya está llegando, de la participación inteligente por parte de los enfermos en las decisiones sobre la atención a su salud. Esta tendencia va a continuar porque éste es el impulso central de la ciencia médica aplicada. La prevención efectiva y el tratamiento, con sus niveles actuales de complejidad, dependen de la participación inteligente y con buena información de los enfermos como coproductores y de los médicos y enfermeros que den la bienvenida y estimulen esta participación como una fuerza de trabajo nueva, más grande que cualquiera de las que nunca hemos tenido y proporcional a la carga de trabajo.

Por supuesto que muchos enfermos, médicos y enfermeros todavía no han aprendido a dar la bienvenida y a estimular esta participación. Muchos pacientes no quieren más que consumir, muchos médicos están contentos con la “Medicina de boutique” de Harley Street o sus equivalentes en cualquiera de los distritos de lujo en los que puedan encontrarse consumidores. Muchos médicos, incluso dentro del NHS no desean más que dar órdenes, muchas enfermeras se contentan con obedecerlas y muchos de los trabajadores sanitarios del resto de los diversos colectivos no tratan más que de sobrevivir sin pensar demasiado en lo que hacen, pero ninguna de estas actitudes tiene mucho futuro, ni promueve el respeto entre los compañeros ni estimula el respeto a uno mismo. Esta actitud de rendirse es mucho menos prevalente de lo que admiten los pesimistas. Si se anima mínimamente a los trabajadores sanitarios a que piensen por sí mismos, estas actitudes negativas pueden cambiar. A pesar de su larga tradición de avaricia y servilismo, los médicos como grupo siempre se han desplazado del comercio hacia la ciencia, a partir de que Bevan sentase las bases de esta nueva senda y, si incluso los médicos pueden cambiar de actitud, también lo pueden hacer los demás trabajadores sanitarios.

La ciencia médica no puede aplicarse ya de las maneras tan toscas en las que se aplicaba cuando el conocimiento en sí mismo era tosco. Tiene que ocuparse de las mentes al igual que de los cuerpos, porque nuestras mentes se entienden hoy en día como algo inseparable de los cuerpos y el ejercicio de la Medicina se ha convertido, en consecuencia, en algo mucho más global y humano. Las nuevas formas de ejercicio profesional se han hecho a la vez más efectivas y más atractivas para quienes las practican. Los profesionales han sido capaces de disfrutar más de su trabajo, con más creatividad y menos monotonía y con más convicción de que están modificando la salud.

RESISTENCIA EN EL CENTRO DE PRODUCCIÓN

Si recuperamos el NHS como una organización de prestaciones gratuitas y expulsamos a los mercaderes de su templo, tendremos un NHS nuevo y democratizador, preocupado por sus propias jerarquías de valores, dispuesto a rendir cuentas no a los gerentes, que están situados demasiado por encima de la vida cotidiana como para entender lo que gestionan, sino a las comunidades a las que prestan servicios. Si actúan unidos, los trabajadores sanitarios tienen un enorme poder político, que hasta la fecha no han usado prácticamente. Los trabajadores del NHS sirven a la gente, no de forma anónima, sino que conocen sus nombres, sus direcciones, sus números de teléfono y la infinita variedad de sus cualidades y limitaciones. Cuando se obliga a los trabajadores del NHS a que hagan cosas absurdas, nada más que para cumplir los protocolos de gestión diseñados para hacer que un determinado centro de salud o un determinado hospital compitan con éxito con otros, pueden negarse colectivamente y crear situaciones de confusión. El crecimiento canceroso del hecho de tener que rendir cuentas en los sistemas sanitarios, a los que se ha obligado a industrializarse, provoca situaciones adecuadas para llevar a cabo protestas eficaces, cuyos efectos pueden ser hacia arriba contra la gerencia, en lugar de ser hacia abajo contra los enfermos y las comunidades a las que pertenecen. Son nuevas formas de acción industrial más imagina-

tivas. Si los trabajadores sanitarios tienen ideas propias constructivas sobre cómo puede hacerse su trabajo de forma más eficaz, pueden encontrar colectivamente modos de ponerlas en práctica, con o sin la autoridad superior, pues todavía no se han convertido en meras máquinas pensantes. Su trabajo tiene un gran interés público. Por lo tanto, pueden estar seguros de la publicidad que conseguirán por parte de los medios de comunicación y, gracias a ella, del apoyo de su público local que sigue teniendo votos en las elecciones. Estas acciones tienen que pensarse con cuidado, organizarse de manera colectiva y aplicarse de forma hábil (incluso si se aplican una sola vez, su amenaza se hace permanente) pero su poder potencial va a aterrorizar no sólo a los políticos, sino a los banqueros del Banco Mundial y de la Organización Mundial del Comercio, tan pronto como se den cuenta de que realmente pueden llevarse a cabo. Todo depende de la solidaridad, que se sienta y que se vea.

Todo esto requiere algo más que unión y organización. Necesita propaganda y educación políticas, organizadas en el centro de trabajo, y tienen que entenderlo, por lo menos, una amplia minoría de los trabajadores, como algo esencial para el desarrollo de su propio trabajo y que tiene que aceptarlo la fuerza de trabajo en su conjunto como algo esencial para sus intereses comunes. Estos grupos necesitan convertirse en esenciales para mejorar el funcionamiento y la moral de todo su equipo, proporcionando un esquema general dentro del cual dicho equipo tiene que entender cuál es su propio papel.

Tanto si el Movimiento Laborista recupera el control que, en el breve periodo de 1944 a 1948, tuvo sobre su propio programa como si no, las contradicciones inherentes a cualquier servicio público mercantilizado van a persistir y probablemente se van a intensificar. En la actualidad se ha constituido una alianza, hasta hace poco impensable, entre la British Medical Association, el Real Colegio de Enfermería (RCN), el sindicato de trabajadores públicos UNISON y otros sindicatos del NHS y los ciudadanos a quienes prestan servicio, a la que se ha denominado “*El NHS unido*” (“*NHS Together*”)⁹. Con el lema “¡MANTENGAMOS

PÚBLICO NUESTRO NHS!” (“KEEP OUR NHS PUBLIC [KONP]”) se inició, en octubre de 2005, una campaña, por parte de otra alianza mayor, más importante y, sobre todo, más unida de expertos en salud, profesionales, trabajadores y sindicalistas, que continua actualmente en marcha y muy activa. Es posible que la alianza se convierta en una fuerza tan importante en la política británica como lo fue su equivalente español hace unos años^{10*}?

Una cuestión crucial es cómo va a emplear su fuerza esta alianza. Las huelgas del sector público, especialmente en la sanidad, son una peligrosa arma de dos filos. En el pasado las han usado, por lo menos con igual frecuencia, médicos que intentaban recuperar la propiedad de la asistencia y trabajadores sanitarios que intentaban lograr que les subiesen unos salarios humillantemente bajos. Habrá que encontrar nuevos métodos de lucha para lograr una gran alianza en torno a las demandas de que el NHS modifique su evolución fuera del mercado, hacia una modalidad más elevada de organización y de cultura.

Parece que hay dos caminos principales por los que una nueva estrategia de este tipo podría encontrar su expresión práctica: buscando componentes de la informática que sirven a las tareas de gestión y que sólo se relacionan de forma remota con la atención a los pacientes y poniendo en marcha acciones laborales que impidan su funcionamiento o los eliminen y haciendo que las unidades del NHS, funcionado de forma cooperativa, no competitiva, compitan con tanto éxito contra los elementos de carácter comercial que se han impuesto recientemente que se haga patente lo que son, en realidad, los proveedores comerciales, esclavos de sus ejecutivos y de sus accionistas, en busca de rentabilidad allá donde la puedan encontrar, en lugar de intentar prestar un servicio eficaz a la población. Ahora se están formando algunos consorcios cooperativos de médicos generales, a los que se obliga a competir con los proveedores comerciales para prestar

* El autor se refiere (como se puede comprobar en la cita bibliográfica) fundamentalmente al movimiento popular que surgió en Galicia ante los conflictos del Medtec y las Fundaciones Hospitalarias. De hecho, se detuvo la tendencia a crear nuevas Fundaciones Hospitalarias. (*N. del T.*)

los servicios que ellos han venido prestando siempre y quizá tengan que ir por este camino.

UNA SOCIEDAD BASADA TANTO EN LA SOLIDARIDAD COMO EN LA DUDA

No tenemos mapa del futuro, tan sólo una brújula que se basa en que tenemos un objetivo claramente concebido. El único camino que podemos tener hacia un futuro más generoso y sostenible será el que nosotros mismos construyamos, partiendo de donde, de hecho, estamos con la gente que, de hecho, tenemos y aprendiendo sobre la marcha. Vamos a obtener muy poca ayuda y a encontrar una resistencia masiva de quienes tienen riqueza y poder, pero vamos a contar con el enérgico apoyo de una aplastante mayoría de ciudadanos que no viven de lo que poseen, sino de lo que hacen. Esto va a marcar los límites de lo que puedan hacer nuestros enemigos para enfrentarse a nosotros.

En la medicina clínica se duda constantemente. Nada es nunca una verdad absoluta, cada razonamiento puede ser un error. Sin embargo, nuestro conocimiento de esta realidad se deriva de otra paradoja: ahora podemos enfrentarnos a nuestra propia debilidad como nunca antes pudimos hacerlo, porque al fin podemos tener confianza en nuestra fuerza real para controlar las enfermedades, en nuestra capacidad real para hacer que la vida sea más dichosa y menos dolorosa. Cuando la medicina clínica podía hacer poco para cambiar el curso de las enfermedades, los profesionales sanitarios hablaban y se comportaban como si estuviesen seguros de todo (como hacen ahora los defensores de las medicinas alternativas). En público y frente a sus enfermos, los profesionales sabían dar tantas respuestas a tantas cosas que parecía que quedaba poco margen para algo más que no supieran. Ese dogmatismo era necesario para esconder su ignorancia. Parecía que se trataba de una obligación profesional, porque la fe parecía que era todavía su arma principal, y tanto la fe como los honorarios dependían de la continuada confabulación de los pacientes para no admitir la duda.

La honradez, la duda y el respeto por la demostración de los hechos, independientemente de las consecuencias personales, son las bases de la ciencia. Una visión científica del mundo tiene que reconocer que todo en él está relacionado con todo lo demás, en el espacio y en el tiempo, de modo que nuestro presente puede entenderse sólo como un vínculo transitorio entre nuestro pasado y nuestro futuro, que nos proporciona nuestra única oportunidad de cambiar el mundo para que sea algo mejor para nuestros hijos y contribuir, en consecuencia, a la única vida eterna por la que vale la pena tener una imaginación educada. Ello implica que cualquiera que acepte esta visión se echa encima una tarea personal ilimitada. Hasta la fecha esta tarea se ha emprendido en el pasado con éxito, con unos resultados materiales innegablemente enormes. ¿Quién llevó a cabo esta tarea imposible? Ha sido, es y será siempre una empresa colectiva que se llevará a cabo mejor si se implica en ella una proporción cada vez mayor de la sociedad. Evidentemente, tiene que haber repartos de trabajo dentro de esta tarea, pero hemos creado esas divisiones sólo para que nos ayuden a esquematizar nuestro trabajo y a marcarnos objetivos que puedan lograrse. En la naturaleza no existen estas divisiones. La mayor parte de los avances tienen lugar a nivel de los límites que hay entre estas divisiones, en la interfaz con otros campos especializados ¹¹. Todos ellos requieren imaginación dentro de un amplio esquema general del mundo como conjunto único, tal como ha sido, es y seguirá siendo. Cada uno de esos avances conduce a la definición de nuevos campos de acción que, durante cierto tiempo, necesitan consolidarse mediante un duro trabajo continuo a nivel del campo central, pero luego abrirse camino, de nuevo, hasta unos nuevos límites.

¿No es posible que diseñemos un esquema conjunto mejor, un sentido común más útil, en el seno del cual haya menos ideas científicas que puedan parecer contrarias a la intuición y, por tanto, resultar irrelevantes para la vida de cada día? La vida cotidiana plantea hoy en día muchos problemas científicos de extrema seriedad, tales como problemas humanos que sólo tienen solución por las vías del pensamiento científico, mediante la duda, el experimento y la valoración abierta y honrada de la evidencia

subsiguiente. Esta actitud no requiere que se aporten gran cantidad de hechos. Se dice que el motivo por el que un número menor de los que acaban en la escuela eligen ahora el estudio de las ciencias es que las ven como materias que requieren grandes alardes de memoria, grandes volúmenes de conocimientos que los maestros docentes vierten en mentes que se supone erróneamente que están vacías, mientras que las artes tradicionales y las humanidades estimulan la creatividad y el pensamiento. Toda mente contiene una serie de ideas operativas, que llamamos sentido común, que se derivan de la experiencia común. Los logros de la ciencia engloban ahora esa experiencia. Nuestra primera y más urgente tarea tendría que ser ayudarnos a nosotros mismos y luego a nuestros hijos a que den un sentido a esos logros y al mundo en que se producen, en lugar de aceptarlos de forma ciega como si fueran una especie de magia que nos permite que pretendamos tener todo lo que deseemos, sin tener en cuenta la realidad, mientras seguimos paralizados por la inacción, porque no podemos entender en realidad lo que nos está ocurriendo a todos nosotros. El avance de este sentido común más maduro va a conllevar dudas, participación en el experimento y una sencilla honradez respecto a los resultados, de forma masiva, y que estos resultados se apliquen al mundo real tal como es, no a compartimentos convencionales¹². El pensamiento conservador, en su verdadero sentido de conservar lo que ya tenemos, puede ser un conjunto de creencias útiles si se aplica a las costumbres y al conocimiento colectivos, no a la propiedad personal de cada uno. La mayor parte de las revisiones de la tradición establecida fracasan, de modo que la gente tiene con razón cuidado de pasarse de los viejos demonios que conoce a los nuevos que ignora. Quieren demostraciones convincentes antes de aceptar poner en marcha nuevas prácticas. Fue Margaret Thatcher quien echó por tierra esto, que era el único tablón firme de la plataforma conservadora, para abrir camino a su regreso radical a la economía primitiva clásica. Son sus discípulos del Nuevo Laborismo, los “reformadores” y “modernizadores” incluso más radicales del NHS quienes insisten en imponer alternativas para la atención privada de los enfermos, la competencia entre los hospitales, la división y la inestabilidad de

las plantillas y la medicina del “poner cruces en los impresos” para establecer un juicio clínico. El ejercicio seguro de la medicina depende del saludable escepticismo cuando se indica una medicación o una operación y respecto a la enorme complejidad de la biología y la sociología humanas, no del celo presuntuoso, pero ninguna de esas cualidades puede prosperar dentro del paradigma del mercado.

Del mismo modo que la experiencia del NHS tiene más que enseñar que que aprender del mundo de los negocios, puede tener una relación similar con la política. El analfabetismo político de la mayor parte de los médicos (hoy difícil de percibir porque la mayoría del resto de la gente ha caído en el mismo estado) puede hacer que esto sea difícil de reconocer, pero para la verdadera política, dedicada del cambio social y no a las carreras personales, los políticos y los partidos podrían aprender mucho de la cultura de la sanidad. Al igual que los políticos y sus partidos, los profesionales de la sanidad cometen errores inevitables y, como en ambos casos, tratan con vidas humanas, las consecuencias pueden ser serias. A diferencia de los políticos y sus partidos, los profesionales de la sanidad están, por lo menos, empezando a crearse una cultura en la que se aprende de los errores, modificando el ejercicio rutinario por la aplicación al mismo de las normas que se aplican al experimento organizado.

Esto proporciona un modelo que podría empezar a ser víctima del mayor problema que hasta la fecha se ha encontrado cuando se ha intentado de verdad construir sociedades que compartan los bienes, que no es otro que la centralización de las decisiones periféricas que siempre ha acompañado a la gestión centralizada de los recursos y que acaba dando lugar a un pensamiento centralizado, unas ideas congeladas y solidificadas y el fin del pluralismo intelectual. En los periodos inmediatamente consecutivos a las revoluciones, éste no ha sido un problema serio, porque la primera experiencia de un gobierno que gobierna para la masa de la población, no contra ella, libera una enorme energía social espontánea, a menudo más en la periferia que en el centro. Al cabo de diez años es otra historia muy diferente. Las cadenas de mando que transmiten las políticas centrales a las comunidades periféricas y a los centros de trabajo y los

blindajes necesarios para defender a la nueva sociedad, han atrapado y encarcelado a la imaginación.

La naturaleza de las sociedades depende, en último lugar, de la naturaleza y de las relaciones sociales y de propiedad que haya en el lugar de producción; nuestra forma de pensar depende de nuestra forma de trabajar, de para quién trabajamos y de la forma en que contemplemos la propiedad del proceso de creación. En los servicios sanitarios públicos humanos, la naturaleza del trabajo es fundamentalmente diferente de la que es en la producción de bienes de consumo. Implica un intercambio de información y de las interpretaciones y opiniones sobre dicha información, entre dos colectivos de personas a los que une la confianza que conduce a la creación de un valor añadido, en incremento de salud, que es un beneficio tanto social como personal y que no puede intercambiarse ni venderse como un bien de consumo. Para que la productividad sea óptima, todo depende de las decisiones periféricas, que pueden estimularse y orientarse por políticas centralizadas, pero que sólo pueden regularse de manera centralizada dentro de unos límites lo suficientemente flexibles como para que el trabajo periférico pueda llevarse a cabo con imaginación¹³. Se trata de algo genuinamente democrático, en el verdadero sentido de que todo el mundo participa y nadie puede eludir las consecuencias de sus propias decisiones. La evolución de la medicina clínica, como la evolución de la enseñanza en las aulas, es a su vez una evolución de la democracia participativa. En estos terrenos, podemos aprender los comportamientos necesarios para una sociedad futura pluralista, la necesidad de que haya diferentes enfoques para enfrentarse a la verdad, mientras seguimos manteniendo un compromiso unificado por una sociedad humana sostenible.

UNA SOCIEDAD CIMENTADADA EN LA SOLIDARIDAD Y LA DUDA

Todas las medidas son imperfectas, los errores son inevitables, de modo que todas las decisiones implican duda. Nunca podemos eliminar la

duda y aún menos porque ella es nuestra fuente principal de nuevas ideas y progreso. Bertolt Brecht escribió su obra de teatro *La Vida de Galileo* entre 1938, cuando las apuestas del momento apuntaban a que las ideas fascistas no tardarían en dominar al mundo, y 1945, cuando sus amigos personales estaban fabricando las primeras armas nucleares en Los Álamos y planteándose su uso. Se trataba de un dramático análisis de las funciones sociales reales y potenciales de la ciencia y de su relación con el poder del Estado. La obra gira en torno a una escena central, en la que el Gran Inquisidor aconseja al nuevo Papa sobre cómo actuar ante la herejía de Galileo, que ha rebasado los confines seguros de la discusión entre académicos y se ha convertido en un tema de intenso debate popular en las calles de Italia. Mientras el Cardenal Barberini, un intelectual conocido de antemano por su tolerancia y su ilustración, está siendo revestido para su coronación como el Papa Urbano VIII, con cada prenda que se le va colocando, va asumiendo su nuevo papel como Voz de Dios en la Tierra, responsable de conducir con orden a la sociedad. Dice el inquisidor:

“Dicen que son sus tablas matemáticas y no el espíritu de negación y de duda. Pero no son sus tablas. Una horrenda inquietud ha llegado al mundo. Es esa inquietud que tienen en sus cerebros lo que estos hombres imponen a la tierra inmóvil. Claman que: ‘¡Las cifras nos obligan!’ , pero ¿de dónde salen esas cifras?. Salen de la duda, como todo el mundo sabe. Estos hombres dudan de todo. ¿Vamos a cimentar la sociedad humana en la duda y nunca más en las creencias?”

Es el momento de decir que, ciertamente, podemos construir la sociedad humana sobre la duda, siempre y cuando esta duda no se separe de la solidaridad. Esto puede conllevar serias dificultades, las más serias que nunca hayamos encontrado, pero estos pensamientos son exactamente las mayores pruebas de integridad. No podemos hacer esto de golpe o con sólo el deseo, sino solamente aprendiendo sobre nuestra tarea en un nuevo escenario de práctica social, cuya cultura naciente esté protegida del ambiente que la rodea que todavía tiene como meta incrementar la credibilidad de todo lo que es rentable y desdeñar todo lo que no lo es, con una presuntuosa confianza en su propia infalibilidad ¹⁴. La ciencia cons-

truye ya sobre la base de la duda cuantificada. Nuestra sociedad construye ahora sobre bases científicas, que considera que son su fundamento material. Si queremos entender la ciencia de forma racional y no temerla como si fuera algo mágico, tenemos que aprender a contemplar con una duda cuantificada tanto nuestra cultura popular como la cultura política, recordando siempre que hay que vincularla a la solidaridad: cada uno de nosotros, dondequiera que esté, tiene un puesto en este barco.

En su calidad de fuerza progresista, la duda empieza por lo que no sabemos, por darnos cuenta de lo que no sabemos, por establecer hipótesis cada vez más precisas que puedan someterse a comprobación en el mundo real, revisando luego nuestras ideas y, en consecuencia, reduciendo de manera progresiva nuestra ignorancia¹⁵. La duda que subyace a la ciencia no es el infinito, esa duda nihilista del misticismo de la filosofía postmoderna, que se excluye a sí misma de responsabilidad por el progreso humano y está todavía abierta a cualquier charlatanería que use palabras clave que estén de moda¹⁶. Nuestra duda está dentro de los límites de confianza que ha establecido la experiencia acumulada de las generaciones pasadas, que ha dado lugar a avances materiales cuyo creciente poder para cambiar el mundo real es innegable. Ninguna hipótesis científica tiene validez eterna, ninguna área de nuestro conocimiento es finita, pero en cada campo nuestra ignorancia disminuye y nuestro conocimiento de la naturaleza crece.

A esto es a lo que ha conducido la nueva senda de Nye Bevan. Como sabe cualquier escolar, un cristal introducido en una solución líquida sobresaturada, se replica rápidamente a sí mismo, creando más y mayores cristales, hasta que, de repente, el líquido se solidifica. Nuestra sociedad postindustrial moralmente exhausta ya está plagada de ideas imaginativas y generosas sobre cómo puede vivir mejor cada individuo si el trabajo y la riqueza que ahora saturan a la gente con cosas que no necesita ni siquiera desea, o se malgastan en guerras y amenazas de guerras, se empleasen de modo constructivo para satisfacer las necesidades humanas. Mientras que el poder de que disponen quienes ahora poseen nuestra economía ha cre-

cido de tal manera que a duras penas podemos comprenderlo, parece que nuestro propio poder para influir en los sucesos se está desvaneciendo. Saturados de desilusión, los ciudadanos de todas partes están buscando algo sólido sobre lo que posar sus pies, sobre lo que poder mantenerse de pie y recuperar el control sobre sus vidas. El NHS podría ser nuestro cristal, alrededor del que podría formarse una sociedad material de duda y solidaridad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La historia ha visto una sucesión de sociedades, organizada cada una de ellas alrededor de particulares técnicas dominantes y relaciones sociales de producción y de ideas de ellas derivadas. Si tras nuestra sociedad no va a venir otra que la siga, no será porque haya llegado a la perfección, sino porque sea material y socialmente insostenible y destruya incluso los comienzos de cualquier alternativa.

La transición desde un trabajo predominantemente físico a uno predominantemente mental que ahora causa impacto sobre las viejas economías avanzadas, necesita una profunda reorientación política y cultural para esa amplia mayoría de gente, de la que depende todo progreso, que vive de lo que hace, en lugar de hacerlo de lo que posee

Los servicios públicos de atención sanitaria y de educación proporcionan los puntos que más evidentemente están creciendo para una nueva producción de valor, no para una producción de bienes de consumo con valor para el mercado, sino valores utilizables por la propia sociedad en su conjunto, según sus necesidades. La lucha para separar estos valores de la primitiva economía de los bienes de consumo y de la cultura que los rodea, y que ahora se los está tragando, constituye el campo más importante para la controversia política del previsible futuro en las economías maduras. La lucha para que dichas economías se desarrollen en líneas socialistas, aunando las tradiciones básicas de la ciencia autocrítica y de la democracia participativa constituye el escenario central para la acción política.

Ningún partido político importante en cualquiera de los países del mundo con economías desarrolladas proporciona ahora un vehículo convincente para esta necesaria reorientación, pero en la medida en que se opongan a la tendencia actual de subordinar la salud, el bienestar y los servicios educativos del Estado a la competencia por los mercados de consumidores, muchos podrían todavía llegar a proporcionarlo. Tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos, los partidos políticos responsables de separar algo de la sanidad en su conjunto del mercado, el Partido Laborista y el Demócrata, encabezan ahora la tendencia hacia la unificación de los intereses de las empresas y del Estado, imponiendo la cultura comercial a la ciencia y al servicio público. O bien los miembros y los electorados de esos partidos tienen que encontrar el entendimiento, la confianza y el valor para reclamarles el regreso a sus objetivos originales, o bien una serie de coaliciones más amplias tendrán que encontrar nuevos caminos para organizarse, lo más probable es que sea en sus centros de trabajo.

De una u otra manera, los profesionales sanitarios del siglo XXI se darán cuenta de que han entrado en lo que puede convertirse en unas profesiones muy politizadas. No hay ningún otro lugar adonde ir.

Notas

¹ En una confrontación característica en 2006, United Health pujó para hacerse cargo de una unidad de atención primaria reemplazando a una previa comunidad de mineros de carbón en Derbyshire. Una de estas “pseudoempresas” (trusts) locales de Atención Primaria, que no había sido constituida mediante elección, la seleccionó frente a la competencia de la Dra. Elizabeth Barrett, una médica general que había trabajado en el área durante veinte años. A pesar de los planes innovadores para el ejercicio de la práctica profesional en unas líneas similares a las que habían sido pioneras en Glynccorwg (tan ensalzadas por *British Medical Journal* cuando Richard Smith era el editor), del apoyo unánime por parte del Consejo Municipal, que había sido constituido mediante elección y representaba a los ciudadanos del área y de su oferta de donar terreno para construir un centro de salud, con una alquiler simbólico, ni siquiera se preseleccionó a la doctora (Dyer, O. “Private group wins Derbyshire GP contract”. *British Medical Journal* 2006;332:1940). Un consejero electo le dio la vuelta a la decisión, en la fase de apelación, por la circunstancia de que el “Trust” de Atención Primaria no se había molestado en consultar a nadie de la población implicada (Arie S. “Derbyshire village wins court battle”. *British Medical Journal* 2006;333:461). Esto obligó al “trust” a revisar las actividades de la consulta local. Aunque esta revisión confirmó aparentemente que una gran mayoría de la opinión local estaba a favor de la Dra. Barrett, y se oponía a que la empresa la reemplazase, el “trust” de nuevo eligió a United Health como mejor candidato. Las razones que se dieron para justificar esta decisión fueron, en primer lugar los recursos que esta compañía era capaz de aportar para llevar a cabo su función (según su página “web”, en 2006, el valor de los bienes raíces de la compañía era de 41.374.000.000 de dólares [53.786.200.000 euros] y sus beneficios netos en ese año fueron de 3.300.000.000 dólares [4.290.000.000 de euros], un margen de beneficios del 11,8%) y tenía una visión estratégica más acorde con los planes del “trust”. Este asunto no se ha zanjado todavía. La Dra. Barrett ha presentado una nueva solicitud para poner en marcha una cooperativa de diversas profesiones en la que todos los beneficios comerciales se reinvertirían para prestar más atención a los enfermos (Robinson F. “No private matter: taking the fight against commerce to the courts”. *The New Generalist* 2006;4:58-61). Este caso se va a convertir en la piedra de toque para la futura política del Gobierno que, en medio del actual (en enero de 2007) estado de crisis del NHS puede verse obligado a cambiar. Un artículo de fecha 16 de junio de 2006 en el *Health Service Journal* (revista importante para conseguir cubrir las vacantes de médicos generales) confirmó la intención del Gobierno de controlar la provisión de las plazas de medicina general en treinta áreas de Inglaterra donde hay déficit de médicos, cubriendo los servicios con un primer bloque de alrededor de 800 médicos generales, en lo que se ha llamado una primera oleada, lo que sugiere que podría haber un incremento de la cobertura central de plazas de atención primaria, si esta experiencia resulta positiva. En Gales, Escocia e Irlanda del Norte no se han dado pasos similares y puede que el NHS en Inglaterra tenga que optar por dar marcha atrás por el mismo camino.

² La decadencia actual, posiblemente irreversible del Partido Conservador procede con sus asociación constante con la aristocracia y con las riquezas heredadas, contra la que el Nuevo Laborismo puede presentarse como un partido de todos los ganadores contra todos los perdedores en una sociedad de mercado madura si puede, y sólo si puede, todavía convencer a la mayor parte de los ciudadanos de que van a ganar en una sociedad cada vez más ágil. Hay pocas demostraciones de que cualquier cambio de ese tipo hacia una movilidad social creciente. Entre ocho países con economías desarrolladas (Reino Unido, Estados Unidos, Alemania, Canadá, Noruega, Dinamarca, Suecia y Finlandia) que se han comparado en un estudio reciente, Gran Bretaña y los Estados Unidos eran los

que tenían menos movilidad entre las generaciones. Comparando las cohortes nacidas en 1958 y las nacidas en 1970, la movilidad social mostraba pocos cambios en Estados Unidos, pero había disminuido considerablemente en Gran Bretaña, a pesar del incremento de los ingresos medios reales (Blanden J, Gregg P, Machin S. "Intergenerational Mobility in Europe and North America: a report supported by the Sutton Trust". London: Centre for Economic Performance, Abril 2005). Entre 1977 y 1997, la diferencia de los ingresos de los empleados con contratos a largo plazo entre el 10% superior y el 10% inferior de la distribución de ingresos subió de tres a cuatro veces y los peor pagados seguía siendo los peor pagados, y tiene más periodos de bajos ingresos o sin ingresos (Trends in earnings inequality and earnings mobility, 1977-1997: the impact of mobility on long-term inequality. Department of Trade & Industry, 2000). Incluso en Estados Unidos el mito de la transformación de los mendigos en ricos mediante el trabajo duro está probablemente perdiendo credibilidad como una tendencia irreversible a largo plazo.

³ Ésta es una descripción razonable de las ideas de los hombres sobre el trabajo físico y su relación con el mental, aunque los socialistas bien educados estaban muy por encima de esto, bastante razonable, por lo menos, como para ser útil. Es, en realidad, una descripción inadecuada de las ideas, que son mucho más complicadas, de las mujeres tanto sobre su propio trabajo, en casa o en la industria, y sobre el trabajo de sus esposos. Tanto para los hombres como para las mujeres, este importante asunto merece un tratamiento mucho más serio que el que he podido darle.

⁴ Esto dio lugar a la primera rebelión importante de accionistas en la historia moderna de los negocios en el Reino Unido, de tal modo que, tres años más tarde, el Sr. Garnier tenía que vivir todavía con sólo 7.825.360 libras (10.941.500 euros) al año. Seguía ocupando el tercer puesto entre los diez primeros ejecutivos principales de empresas, pero muy por debajo de Sir. Martin Sorrell de la WPP (la compañía más grande del mundo de comunicaciones, relaciones públicas e investigación de mercados), con 52 millones de libras (73 millones de euros) y de Tony Ball de BskyB, con 13,9 millones de libras (19,5 millones de euros) (*The Guardian*, 18 de Noviembre de 2002, y 4 de Agosto de 2005).

⁵ Snow CP. *The Two Cultures and the Scientific Revolution*. Cambridge: Cambridge University Press, 1959.

⁶ Este análisis superficial deja fuera de consideración la situación que se está desarrollando en América Latina en su camino a partir de la recuperación de la confianza en algún tipo de socialismo futuro. Aunque la experiencia europea continua siendo importante en todo el hemisferio occidental, América Latina es un mundo por sí mismo respecto al que soy demasiado ignorante como para poder escribir algo de utilidad.

⁷ Corregidos respecto a la inflación, por término medio, los ingresos por hora en Estados Unidos en el año 2000, eran todavía un 8% menores que en 1973, 27 años antes. En 1970, el ingreso medio por cada hogar del 5% de los más ricos era dieciséis veces más que el del 20% más pobres. En el 2000, la diferencia había aumentado hasta ser de veinticinco veces más. En 1970, los ingresos medios de los Ejecutivos Principales eran 39 veces mayores que los ingresos de sus trabajadores. En el 2000 esta diferencia había aumentado hasta ser mil veces mayores (Tilly C. "Raw deal for workers: why have U.S. workers experienced a long-term decline in pay, benefits, and working conditions?" *International Journal of Health Services* 2004;34:305-11).

⁸ Celticus (Aneurin Bevan MP). "Why not trust the Tories" Londres: Gollancz, 1944:82-4.

⁹ O'Dowd A. "BMA joins health unions in bid to change Labour policy". *British Medical Journal* 2006;333:718.

¹⁰ Sanchez Bayle M, Beiras Cal H. "The people's campaign against health care counter-reforms in Spain". *Journal of Public Health Policy* 2001;22:139-52.

¹¹ Marinker M. "On the boundary". *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1973;23:83-94.

¹² El participar en ensayos clínicos tiene un enorme potencial educativo para las comunidades, en particular si participan de forma repetida en diferentes estudios, porque esto se convierte en una educación de las masas sobre la naturaleza del razonamiento y la demostración científicas. Este potencial sólo se hace evidente en estudios que observan de forma continuada a la misma población a lo largo de varias generaciones y, hasta donde yo sepa, nadie ha medido nunca los efectos acumulativos y colectivos de la repetida participación comunitaria. Los que participan en los ensayos deben estar completamente informados, incluyendo en la información la discusión del diseño del ensayo y de la lógica que subyace a ellos. La distribución aleatoria de los participantes en el ensayo hacen que sea algo particularmente desafiante y gratificante. En general, los participantes ganan al participar los ensayos clínicos organizados por entidades independientes que actúan de buena fe, como el Consejo de la Investigación Médica (Medical Research Council o MRC), o los departamentos universitarios, por el hecho de que los profesionales asistenciales que los ponen en marcha están muy motivados y trabajan obsesionados por lograr unos excelentes niveles de calidad. Sin embargo, no se ha demostrado que los que participan en ensayos evolucionen de distinta forma que los que no participan y reciben la misma atención fuera de dichos ensayos (Vist GE, Hagen KB, Devereaux PJ, Bryant D, Kristoffersen DT, Oxman AD. "Systematic review to determine whether participation in a trial influences outcome". *British Medical Journal* 2005; 330:1175-9).

¹³ El criterio que se sigue ahora con los contratos del NHS, tanto en atención primaria como en la especializada es aplicar un control central mediante un control cibernético. No deja de ser irónico que el pionero del uso de este sistema fuera el difunto Stafford Beer en Chile, antes del golpe de la CIA y el asesinato del Presidente Allende (Hanlon J. "Chile leaps into cybernetic future". *New Scientist* 15 Febrero de 1973:363-4). El método no habría podido funcionar nunca, porque hubiese congelado todas las iniciativas en los centros de producción no previstas a nivel central ni incluidas en el plan centralizado.

¹⁴ Y todos dijeron: "¡Qué sabios somos!
Aunque el cielo esté oscuro y el viaje sea largo
Nunca podremos pensar que nos estamos precipitando o equivocando.
¡Una y otra vez damos vueltas en nuestro tamiz!"

Lejanas y escasas, lejanas y escasas,
Son las tierras donde viven los Jumblies*.
Tienen cabezas verdes y manos azules,
Y se fueron al mar en una criba.

* Personajes de historieta infantil.

¹⁵ Rosenhead J. *Rational Analysis for a Problematic World: problem structuring methods for complexity, uncertainty and conflict*. Nueva York: John Wiley, 1989.

¹⁶ La afición al misticismo y a la ignorancia de la ciencia y la hostilidad hacia la misma, ha seguido siendo siempre una debilidad de la nueva izquierda desde 1968. Desde 1936 a 1945 parecía que una nueva alianza entre los científicos más influyentes y la izquierda marxista había ganado la guerra contra el fascismo, pero había abandonado su camino hacia el socialismo, de modo que la nueva izquierda se deslizó hacia una nueva alianza con el misticismo y el hedonismo. Todavía estamos pagando el precio de esta respuesta infantil a una experiencia amarga y necesaria. La ciencia por fin emerge de sus primeros intentos reduccionistas de tratar de comprender, pero el misticismo no apoya ninguna acción efectiva y sólo proporciona esos mecanismos de escapar a la realidad que necesitan nuestros dirigentes (Gillott J, Kumar M. *Science and the Retreat from Reason*. Londres: Merlin Press 1993). La investigación práctica desarrollada ampliamente por los científicos de izquierdas en la Segunda Guerra Mundial y que, de forma significativa, nunca se plantearon los poderes fascistas, podría haber proporcionado una base para la investigación económica en una economía planificada después de la guerra, si Gran Bretaña no hubiera regresado a toda prisa al mundo de los negocios como de costumbre (Rosenhead J. "Swords into ploughshares: Cecil Gordon's role in the post-war transition of operational research to civilian use". *Public Administration* 1991;69:481-501). En un nuevo contexto político en el que se hubiese asumido el que se impuso en 1944-45, se habrían también podido sentar las bases para la Epidemiología, que es un arma muy efectiva para la atención sanitaria (Proctor S. "Is this the end of research as we know it?" *British Medical Journal* 1997;315:388).