
ÉTICA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

LUIS ALFONSO VÉLEZ

INTRODUCCIÓN

La ética es la ciencia del deber ser. La que enseña lo que se debe hacer porque es el fundamento de las normas morales. Todas las otras ciencias describen el ser.

Hay una gran diferencia entre lo que se puede y lo que se debe hacer. En el desarrollo de la ciencia hay cosas que se pueden pero no se deben hacer. Por esto es necesario que la ética regule la ciencia para bien de la persona y la sociedad.

La economía y la administración, como las demás ciencias, deben estar reguladas por la ética. Una estrategia o una medida pueden ser válidas desde el punto de vista de la economía o la administración, pero no deberse aplicar por razones éticas: porque se oponen al desarrollo del ser humano. Ético es lo que beneficia al hombre. Ésta es la referencia última para valorar la moralidad de cualquier acto humano.

La economía, cuyo fin es producir y distribuir riquezas para bienestar de la sociedad, y la administración, no son fines en sí mismas sino medios para el desarrollo del ser humano.

La salud es un bien personalísimo, profundo, muy ligado a la vida, que en la escala de valores humanos ocupa un puesto prioritario. Su cuidado es un dere-

cho y un deber que tienen todos los seres humanos y esto lo explicitan las declaraciones de derechos humanos y las constituciones políticas.

Sería inmoral una sociedad que le negase a algunos de sus asociados el derecho a la atención de su salud. Así mismo, obra mal quien consciente y libremente se niegue a cuidar de su salud y produzca así un mal a sí mismo y a la sociedad.

Los servicios de salud son públicos y esenciales, según los definen nuestras leyes, equiparables a los de acueducto, comunicaciones y transporte. Ese hecho les confiere, desde los puntos de vista jurídico y moral, características especiales. El beneficio que proporcionan y la accesibilidad a ellos de todos los asociados están por sobre las consideraciones puramente económicas. Por ser necesarios y a veces poco rentables, el estado debe, con frecuencia, asumirlos o subsidiarlos.

El público ha perdido confianza en los servicios de salud por el convencimiento de que quienes los

DOCTOR LUIS ALFONSO VÉLEZ CORREA, Médico Internista, Rector, Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín, Colombia.

Adaptación de una ponencia presentada durante el Primer Congreso de Alta Gerencia en Salud, Medellín, CES-EAFIT, octubre de 1995.

dispensan están más motivados por el lucro que por brindar un beneficio.

Quienes trabajamos en los servicios de salud debemos tener altruismo, es decir, capacidad de anteponer el bien del enfermo a la ganancia económica. Para esto es necesario tener una conciencia moral sensible a los valores de la solidaridad.

Los servicios de salud deben ser prestados dentro de un marco moral. Su naturaleza jurídica -pública o privada- no los hace, *per se*, éticos. Al evaluarlos desde esta perspectiva, debe saberse que las distorsiones que presentan son, a veces, tan sutiles que ni los mismos usuarios las perciben.

DIVERSOS ASPECTOS DE LA ÉTICA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se tratarán de manera breve los siguientes aspectos:

1. Eficiencia
2. Rentabilidad
3. Costos
4. Mercadeo
5. Auditoría
6. Relación institución-usuario
7. Sigilo profesional

EFICIENCIA

Eficiencia en los servicios de salud es optimizar los recursos disponibles para coadyuvar a la conservación de la salud del mayor número de personas, al menor costo posible.

Puede ser analizada desde dos puntos de vista: el cualitativo y el cuantitativo o sea, no sólo brindar servicio al mayor número posible de personas sino hacerlo de acuerdo a las necesidades de cada una; en efecto, la ley 100 de 1993 establece, en su artículo 152, que se deben brindar "condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles". Con esto se indica que un servicio de salud, para ser eficiente, no sólo debe cuidar la cobertura en términos de extensión sino responder a todas las necesidades de los usuarios por complejas que sean.

En los servicios de salud es muy difícil medir la eficiencia en términos cuantitativos. Se ha intentado aplicar índices como costo-beneficio y costo-efectividad que la miden en términos económicos pero dejan

sin valorar aspectos intangibles y subjetivos que también son de importancia.

También se habla de "calidad de vida" o de AVISA (años de vida saludable) que son índices subjetivos y que pueden atentar contra la autonomía del ser humano. Nadie puede, con fundamento, valorar si la vida de otra persona tiene o no calidad. ¡Cuántos atropellos se han cometido juzgando la calidad de vida de otra persona!

En cuanto al aspecto cuantitativo de la eficiencia, se plantea un serio dilema ético: Si la sociedad tiene obligación moral de atender la salud de todos los asociados, y esto no es posible dada la limitación de recursos, ¿cómo seleccionar a quiénes atender y a quiénes rechazar?

Esto es lo que denominamos racionalización de los servicios de salud. Sin pretender profundizar en este tema, se puede establecer que al racionalizarlos no debe procederse con criterios de utilidad social o contribución económica, ni menos por razones sociales o políticas.

El único criterio moralmente válido es el de necesidad biopatológica: Atender a quien más lo necesita para su salud. Analizar cada caso midiendo el impacto y la vulnerabilidad de la patología. Racionalizar por grupos diagnósticos se presta a cometer injusticias por no tener en cuenta la individualidad de cada caso.

Atender prioritariamente a la población de menos riesgo o a la que paga más por el servicio no es ético porque se estaría faltando al deber de atender al que más lo necesita.

Desde el punto de vista cualitativo un servicio de salud es eficiente si responde a las necesidades particulares de cada persona. Así lo señala la ley 100: "atender a todas las personas en todos los niveles". Por esto, un servicio de salud tiene la obligación moral de responder a las necesidades de sus usuarios dentro de los parámetros determinados por el sistema de salud al cual está incorporado.

No debe estratificarse la atención al paciente por el mayor o menor aporte que haga. Una persona que tome planes complementarios no puede recibir un servicio de salud mayor en calidad o cantidad que el afiliado que no los pague.

Las exclusiones y limitaciones también son éticamente cuestionables. Un sistema justo de salud debe responder a todas las necesidades de sus usuarios.

Es injusto limitar los tratamientos de unas enfermedades o excluir a algunos pacientes del ingreso a un servicio.

Hablar de "plan básico", "lo mínimo", "lo esencial" es peligroso porque, las más de las veces, no se tienen en cuenta las necesidades particulares del paciente. Lo básico en atención de salud es lo que el paciente necesita y no lo que una norma determina. El mismo peligro se corre con toda estandarización en los servicios de salud: cuando se diseñan protocolos de manejo o se hacen grupos diagnósticos se pueden cometer injusticias al no responder a las necesidades de los usuarios. Recuérdese que no todos los pacientes con una misma patología requieren igual enfoque y tratamiento. Para no cometer injusticias, debe haber mecanismos por los cuales se atiendan las variaciones que se presenten en cada situación.

RENTABILIDAD

Es importante hablar de rentabilidad en relación con la ética en los servicios de salud y podemos referirnos a ella en dos sentidos: La rentabilidad social y la económica.

Rentabilidad social es un concepto muy amplio que comprende todos los beneficios que la persona y la sociedad obtienen de los servicios de salud. Es difícil de cuantificar porque tiene mucho que ver con las expectativas del paciente y la sociedad. Por fortuna, los políticos empiezan a pensar que las erogaciones en salud no son un gasto, como se creía hasta hace poco, sino una inversión que tiene alta rentabilidad social.

La otra forma de rentabilidad, la meramente económica, es la que plantea más problemas desde el punto de vista ético. Algunos llegan hasta cuestionarse la moralidad de la ganancia en los servicios de salud si es para beneficio de unos inversionistas. El abanico de opiniones va, desde el liberalismo que valora los servicios de salud como cualquiera otra empresa de servicios y por lo tanto considera lícita toda ganancia, hasta la posición socialista que nunca legítima en los servicios de salud una rentabilidad que beneficie a unas personas.

Sin pretender zanjar la discusión, se puede decir que siendo los servicios de salud un servicio público y esencial no puede anteponerse la rentabilidad económica al beneficio de los usuarios. Y si el servicio no es rentable debe ser subsidiado por el Estado

como garante del derecho que todos los asociados tienen a la atención de su salud.

Cabe reiterar que los servicios de salud no deben someterse sólo a las leyes económicas. Puede ocurrir muchas veces que una de éstas sea válida pero no deba aplicarse al caso de la salud porque no beneficia a los pacientes. Obrar así es poner la ciencia al servicio de la sociedad y no al de unos pocos.

Los servicios de salud deben estar regidos por el principio de benevolencia, manejados con criterios altruistas, sin anteponer la rentabilidad económica a la vocación de servicio al que más lo necesita. Por esto deben estructurarse acordes con la situación socioeconómica de la población y no simplemente por su rentabilidad económica. Las tarifas, por ejemplo, no pueden ser fijadas solamente por su margen de rentabilidad sino además, por la capacidad económica de los usuarios para acceder al servicio.

Una estrategia que puede implementarse con el fin de elevar la rentabilidad económica es la de aumentar la demanda sólo por interés pecuniario: es muy fácil sobreactuar innecesariamente aun sin que el paciente logre darse cuenta. Puede fácilmente justificarse la realización de un procedimiento lucrativo para la entidad de salud, aunque el paciente no lo requiera. En los protocolos de manejo, por ejemplo, pueden incluirse servicios innecesarios o que no se justifican médicamente pero que dan rendimiento económico.

Otra medida administrativa que algunos proponen para aumentar la rentabilidad económica es la de conceder incentivos económicos a los profesionales con el fin de aumentar la prestación de servicios.

Esto es peligroso desde el punto de vista ético porque fácilmente el profesional antepone su lucro al bien del paciente. Hacer partícipes a los profesionales de la rentabilidad que tengan, por ejemplo, el laboratorio, la farmacia o el departamento de imagenología no es conveniente y puede desviar a la entidad de su principal misión cual es el servicio a los pacientes.

Un problema que ha suscitado inquietud es el de la autorreferencia porque crea conflictos morales en el ejercicio profesional. La autorreferencia se da cuando el profesional (o la institución de salud), envía el paciente a otra entidad donde él es inversionista y por lo tanto obtiene un beneficio económico adicional. Se plantea el problema de anteponer la ganancia al beneficio del paciente, ordenándole procedimien-

tos que no necesita o que se le prestarían mejor en otra entidad.

La reglamentación de la ley 100 trata de prevenir la autorreferencia cuando dispone que el directivo de una Empresa Promotora de Salud (EPS) no puede ser miembro de la dirección de una Empresa Prestadora de Servicios (IPS) (Decreto 973 de 1994).

La rentabilidad económica de la prestación directa de los servicios de salud plantea cuestionamientos éticos; también los hay cuando se trata de la mera administración: ¿Cuánta es la rentabilidad lícita para una Entidad Promotora de Salud? Esta pregunta se hace más pertinente sabiendo que dicha rentabilidad encarece el servicio y por lo tanto restringe el acceso de algunos a él o por lo menos disminuye los recursos para la solidaridad necesaria en todo sistema justo de salud.

No es posible dar una cifra para determinar el límite de rentabilidad económica moralmente permisible por la mera administración de una entidad de salud. Las personas que intervienen en el manejo de los servicios de salud deben tener responsabilidad social y entender que los recursos que manejan tienen una función comunitaria y hay que optimizarlos para dar el mejor servicio en un bien tan fundamental como es la salud.

COSTOS

En el sector de la salud los costos son inquietantes por su impacto en la prestación del servicio pues no sólo han alcanzado niveles muy altos sino que nada hace pensar que en un futuro vayan a estabilizarse y menos a disminuir. La tecnología es cada día más costosa, lo mismo que los insumos y fármacos. A esto se debe agregar que la atención de las patologías que se presentan demanda más recursos pues más personas sufren las llamadas "enfermedades catastróficas".

Es una obligación moral optimizar los recursos disponibles para atender las necesidades de salud de la sociedad y de ahí el deber de reducir hasta donde sea posible los costos. La experiencia ha demostrado que el servicio de salud más costoso no necesariamente es el más eficiente.

Los costos en salud son de tal magnitud que no pueden ser cubiertos por los pacientes sino dentro de un sistema solidario. De lo anterior se colige que

un servicio de salud es ético si es solidario; de lo contrario faltaría al principio de justicia.

Refirámonos brevemente a algunos factores que afectan los costos de los servicios de salud y que tienen implicaciones éticas. Son ellos:

a) Que el dispensador del servicio puede tener poco interés en bajar los costos porque de ellos obtiene una ganancia económica. Si se aumenta la demanda en cantidad y calidad puede haber mayor rentabilidad económica para el proveedor de los servicios. Con el agravante que es difícil, o imposible, probar que una determinada acción no es necesaria para la salud del paciente. Si el dispensador del servicio, llámese entidad o persona natural, no tiene criterio ético, es fácil anteponer el lucro al beneficio del paciente o del sistema de salud.

b) La cultura del usuario: Aunque éste determina solamente la primera consulta, y de ahí en adelante el dispensador controla los costos, hay factores culturales que los hacen aumentar. Con los seguros de salud, por ejemplo, las personas se comportan distinto que frente a otros seguros. El asegurado procura recurrir a éstos lo menos posible; en cambio, en los de salud desea usarlos al máximo porque no paga directamente el servicio y abusa demandándolo sin necesidad.

Es importante educar al usuario en el sentido de la solidaridad: que si bien tiene derecho a los servicios de salud, también está obligado a cuidarlos y a no despilfarrar los recursos que pueden ser necesarios para atender otras personas.

c) La tecnología también incide en los costos de los servicios de salud y tiene implicaciones éticas. Es altamente costosa y a veces se usa incorrectamente. El personal de salud debe estar capacitado para conocer la pertinencia de este recurso y no utilizarlo innecesariamente. Un profesional mal preparado científicamente, que no sabe recurrir con sensatez a la tecnología, presta un servicio deficiente y de alto costo. La mala medicina es muy costosa, verdad que no deben olvidar los que administran los servicios de salud.

Otras veces es el usuario quien exige al profesional el uso de tecnología por tener falsas creencias con relación al servicio y a su salud. Le corresponde al profesional instruir al paciente y no acceder a su petición consumiendo recursos que pertenecen a la sociedad y los necesita otro usuario. A cada paciente

se le debe hacer lo que requiera para su salud dentro de sus condiciones particulares; practicarles todos los estudios a todos los usuarios sería imposible económicamente y no es una exigencia ética.

En ocasiones son las instituciones dispensadoras de los servicios o los profesionales mismos los que encarecen los costos por obtener un lucro económico. La desconfianza que el público muestra en los servicios de salud se debe, en gran parte, a que percibe más interés por la ganancia que por ayudarle a su salud.

d) El cuarto factor que incide en los costos es el de los honorarios y salarios de los profesionales. Los directivos de las empresas e instituciones de salud deben ser justos en cuanto a la remuneración de su personal. No es adecuado dejarla al vaivén de las leyes de la oferta y la demanda ni justo pretender bajar los costos disminuyendo la remuneración del personal. Se deben tener criterios claros en la asignación de los salarios para que correspondan a la actividad desempeñada.

e) Como último factor que influye en los costos consideremos el de las demandas jurídicas que indudablemente los aumentan. Se precisa educar a nuestra sociedad para que haga uso debido de este derecho legal y no encarezca sin necesidad los servicios.

Es necesario crear responsabilidad en los profesionales de la salud para que obren según las normas de la ética y las leyes. Así mismo, los abogados deben tener una conciencia ética para que no se abuse de las demandas perjudicando al sistema de salud.

Ante la inquietud del aumento de los costos se han diseñado varias estrategias con el fin de reducirlos: La primera tiene que ver con los usuarios para evitar que abusen del servicio. Así han surgido los copagos y cuotas moderadoras que tienen este fin pero no deben ser tan gravosos que impidan el acceso normal al servicio. Se necesita educar al usuario para que se interese por la disminución de los costos porque con ello se logra un mejor servicio para un mayor número de personas.

No puede aceptarse que las entidades o profesionales dispensadores del servicio traten de reducir sus costos bajando la calidad. Esto es más probable que suceda cuando se trabaja con unidades de capitación o pago integral por diagnóstico asociado (PIDA). Como el pago está fijo desde el inicio y la rentabilidad sólo puede aumentarse reduciendo los costos, es fácil disminuir la calidad del servicio lo que

puede ser inmoral porque antepone el lucro económico al bien del paciente.

El que paga el servicio debe remunerarlo adecuadamente para evitar estos problemas. Cuando se trabaja con estas modalidades de pago convenido antes de realizar el servicio, hay que establecer un mecanismo administrativo por el cual pueda atenderse el caso de un paciente que necesita algo que no está dentro de lo acordado; de lo contrario se presentan injusticias. Debe darse, por ejemplo, la posibilidad de usar un fármaco, de practicar una intervención o de alargar los días de hospitalización cuando un paciente así lo requiera.

El dar incentivos económicos a los profesionales, como lo establece la ley 100 en su artículo 193, puede prestarse a conductas éticamente inaceptables. Podría llegarse a ofrecer un incentivo a los profesionales que ayuden a disminuir los costos, por ejemplo, a los médicos generales si envían con menos frecuencia los pacientes a los especialistas; o hacer partícipes a los profesionales de las ganancias que se obtengan por no usar los servicios. Desde el punto de vista ético tales estrategias son peligrosas porque el profesional puede fácilmente anteponer su lucro al bien del paciente.

MERCADEO

El mercadeo en los servicios de salud apenas está comenzando a introducirse. En sí mismo no es bueno ni malo sino que depende del uso que se le dé en la empresa; es aceptable si es para bien del consumidor y de la sociedad pero inmoral si sólo pretende la rentabilidad en perjuicio del consumidor. Por esto el mercadeo en los servicios de salud debe procurar un mejor servicio a un mayor número de personas sin anteponer la ganancia económica.

El mercadeo pretende muchas veces "crear" necesidades para que aumente el consumo. Esto, que puede ser válido en empresas de otros servicios, es inaceptable en las del sector de la salud, en el cual el mercadeo debe hacerse con sólido soporte científico para saber que lo que se promueve es realmente útil para la salud de los usuarios.

En el campo de la medicina preventiva es fácil crear falsas alarmas para que el paciente consuma más servicios. Esto no es ético si se hace sólo por obtener una ganancia económica.

Hay reparos a la selección llamada adversa, estrategia que pueden implementar las Empresas Promotoras de Salud; consiste en preferir los grupos de bajos riesgos o que consuman pocos servicios o favorecer a los de más capacidad económica y que pueden pagar planes complementarios; esto es algo injusto en un sistema de salud donde se debe atender al que más lo necesite desde el punto de vista biopatológico y no al que más contribuya, pues con esto último se faltaría al principio de solidaridad.

También es injusto que las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud hagan políticas de mercadeo para estimular la demanda de los servicios más rentables y desestimular la de los que tienen baja rentabilidad, así sean necesarios para los pacientes. Lo justo es prestar atención adecuada incluyendo servicios rentables, otros que lo son menos y algunos que quizá dan pérdida.

Algo similar ocurre en la industria farmacéutica: algunas drogas, llamadas "huérfanas", son necesarias para la salud pero ningún laboratorio asume su producción porque son poco rentables.

No sobra repetir que un sistema y unos servicios de salud regidos por parámetros puramente económicos, son inmorales.

Muy ligada al mercadeo está la publicidad que siempre busca un beneficio económico aumentando la demanda de los servicios. Los profesionales de la salud somos claves en el mercadeo del sector y por esto debemos ser muy cuidadosos al analizar la publicidad de equipos, insumos y fármacos pues ella tiene un fin comercial y a veces carece de soporte científico que respalde el beneficio que pretende demostrar.

La publicidad en el sector salud siempre debe ser ética: anunciar sin engaño y buscar la salud de la sociedad y sólo secundariamente el beneficio económico de la empresa.

RELACIÓN INSTITUCIÓN-PACIENTE

La relación del médico u otro profesional de la salud con el paciente implica deberes y derechos recíprocos. Es muy personal, con características especiales, pues el paciente siempre está inferiorizado desde los puntos de vista físico, psíquico, moral o social y por esto es fácil lesionarlo si no se establece una buena relación. La pérdida de confianza del público en los servicios de salud se debe, en parte, a fallas en este aspecto. Por eso es necesario educar

a los pacientes y profesionales para que la relación que entre ellos se establece sea cálida, humana y benéfica para el paciente.

La ley 100 determina que "la atención debe ser personificada, humanizada"; para lograrlo se necesita no sólo un profesional con cualidades humanas sino también que haya condiciones adecuadas para su desempeño; la responsabilidad de crearlas es de los directivos de los servicios de salud; así propician que se establezca esa relación humana entre el profesional y el paciente, que es la adecuada para la salud del segundo; entre las condiciones necesarias cabe mencionar:

a) Que el paciente tenga la oportunidad de escoger al profesional dentro de unas posibilidades lo más amplias posibles.

b) Que haya continuidad en la atención para poder crear una verdadera empatía.

c) Que se respete el tiempo requerido para la buena atención de cada paciente.

La estandarización de la prestación del servicio puede atentar contra la relación profesional-paciente si no permite que el primero se adapte a las necesidades personales del segundo; por esto, cuando se den normas, deben preverse las variaciones.

Es un hecho ampliamente comprobado que la relación médico-paciente, y me temo que haya ocurrido igual con otros profesionales de la salud, se ha deteriorado. Uno de los factores que más han influido para ello es la deshumanización de los profesionales.

SIGILO PROFESIONAL

El sigilo es necesario en muchas profesiones fuera de las del sector de la salud pero en éste lo es mucho más. Dado que la salud es un bien personalísimo y muy ligado a la vida, es importante mantener en secreto la información que se tenga alrededor de su cuidado; así se salvaguarda la intimidad de la persona que es muy valiosa para preservar su integridad física, psíquica, moral o social. Por ello en nuestra carta política se estipula que el secreto profesional es inviolable.

Sin el respeto al sigilo es imposible dar una adecuada atención a los pacientes; sólo cuando éstos saben que el secreto va a ser conservado tienen confianza para revelar su intimidad. De ahí la importancia de que los administradores de los servicios de

salud se preocupen por generar un clima de respeto por el sigilo y por crear conciencia de que él obliga no sólo a los profesionales de la salud sino a todos los que trabajan en la institución. También es de su responsabilidad crear archivos donde haya seguridad de que no se violará el sigilo, separando los documentos administrativos de los que contienen datos de la salud del paciente.

AUDITORÍA

La auditoría en los servicios de salud presenta algunas particularidades, a saber:

a) La toma de decisiones en relación con la salud es difícil pues ella no es un evento estático sino algo dinámico y complejo. El profesional tiene que trabajar con un método probabilístico lo que dificulta cualquier análisis que de su actuación se haga *a posteriori*.

b) Es pertinente señalar la importancia del sigilo profesional en el proceso de auditoría. Los administradores, contadores y otros profesionales tienen acceso a información que toca con la salud de los pacientes y que cae en el ámbito del secreto profesional; por ello deben establecerse mecanismos administrativos que garanticen el respeto a la intimidad del paciente; por ejemplo, separar la información administrativa de la que contiene datos sobre la vida y salud del paciente.

CONCLUSIÓN

Las personas encargadas de la gestión de los servicios de salud tienen responsabilidades no sólo administrativas y económicas sino también éticas. Hemos analizado algunas de ellas y deberían ser motivo de discusión en los ambientes que tratan de economía y administración de los servicios de salud.

La principal responsabilidad es la de administrar con eficiencia los recursos ya que ellos tienen una función social, cualquiera que sea la estructura del sistema de salud. Hay eficiencia cuando se brinda la mejor atención al mayor número de personas y no necesariamente cuando la empresa produce un alto rendimiento económico.

La rentabilidad social -el bien del paciente- debe anteponerse a la rentabilidad económica. Corresponde a todos, directivos, profesionales y usuarios,

la responsabilidad de hacer que los servicios de salud sean eficientes, humanos y cumplan su finalidad de promover la salud de la comunidad.

SUMMARY

ETHICAL CONSIDERATIONS IN HEALTH SERVICES MANAGEMENT

From an ethical perspective some aspects of health services are analyzed: efficiency, profitability, auditorship, costs, marketing and institution-patient relationship; in dealing with the topic several concepts are emphasized, namely: health is a right and a very personal possession, deeply linked to life and, as such, one of the most important human values; therefore, universal accessibility to health services in order to guarantee the wellbeing of patients ought to have precedence over purely economic considerations; solidarity should inspire every medical act or health service institution; an ethic framework is a must in creating and administering private or public health services.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ethics Manual. American College of Physicians, 3d ed. *Ann Intern Med* 1992; 117: 947-960.
2. Conflicts of interest. Physicians ownership of medical facilities. Council of Ethical and Judicial Affairs. *Am. Med. Ass. JAMA* 1992; 267: 2366-2369.
3. REALMAN AS. Dealing with conflicts of interest. *New Engl J Med* 1985; 313: 749-751.
4. REALMAN AS. "Self referral" What is at stake? *New Engl J Med* 1992; 327: 1522-1524.
5. EGDAHL RH. Financial incentives to physicians. *New Engl J Med* 1986; 315: 59-61.
6. ENGELHARDT HT. Jr. Morality for the medical-industrial complex. *New Engl J Med* 1988; 319: 1086-1089.
7. LEAF A. The doctor's dilemma and society's too. *New Engl J Med* 1984; 310: 718-720.
8. Physicians and the pharmaceutical industry. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1990; 112: 625-626.
9. HAYMAN DA. Fraud and abuse. *New Engl J Med* 1989; 320: 1275-1278.
10. HILLMAN AL. Financial incentives for physicians in HMO's. *New Engl J Med* 1987; 317: 1743-1748.
11. Quality-adjusted life-years. Ethical implications for physicians and policymakers. *La Puma J. JAMA* 1990; 263: 2917-2921.