

REDUCCION DE LOS GASTOS SANITARIOS Y MEDICINA HIPOCRATICA: DE LA ANTINOMIA A LA CONCILIACION

Florence Taboulet

*Profesora de conferencias en Derecho y Economía
Farmacéuticas.*

Universidad de Bordeaux II, Francia

Pese a la heterogeneidad de los sistemas nacionales de sanidad y de protección social en vigor, nuestras sociedades occidentales tienen en común una creciente preocupación: la de domeñar los gastos sanitarios. El fracaso de las políticas de racionalización de los gastos del seguro de enfermedad adoptadas en Francia desde hace más de 20 años induce, de forma recurrente, al análisis de las experiencias extranjeras, con el fin -llegado el caso- de tantear su transferibilidad. Las técnicas reguladoras varían con el tiempo y con el espacio, pero los objetivos que se persiguen son convergentes. Su legitimidad, por lo demás, resulta indiscutible, puesto que se trata de preservar la accesibilidad de la asistencia médica para todos, evitando sacrificar otras funciones colectivas mediante el mantenimiento de los grandes equilibrios macroeconómicos. Equivale esto, en definitiva, a hacer prevalecer una lógica de medios sobre una lógica de necesidades. Ahora bien: es precisamente esta última la que cimenta el pensamiento médico tradicional heredado de Hipócrates, y transmitido y enriquecido progresivamente por nuestra cultura grecolatina y judeo-cristiana. El conflicto entre racionalidad financiera y eficacia sanitaria se

manifiesta a plena luz del día con una agudeza inédita hasta ahora. La primacía otorgada a los imperativos de sujeción, e incluso de racionamiento, definidos a la luz de la dimensión colectiva de la ciencia económica, amenaza con quebrantar los principios clásicos de la ética médica. Es conveniente, pues, comparar estos dos paradigmas y poner de manifiesto las contradicciones entre sus principios, antes de contemplar soluciones conciliadoras.

I. COMPARACIÓN DE LOS DOS PARADIGMAS

1) La medicina hipocrática

Rica en una tradición multiseccular fraguada en el patrimonio cultural de nuestra civilización, la medicina ha sido ejercida y desarrollada partiendo de algunos fundamentos que, a menudo, se compendian mediante la expresión "*la salud no tiene precio*": el carácter sagrado de la vida humana; el inmenso respeto que se debe a la persona considerada como paciente en razón a su dignidad; el ejercicio de la medicina como servicio a la vida, junto con su corolario, la defensa incondicional del individuo que sufre -sea quien sea-, conforme a la regla de equidad horizontal.

Este concepto, vivido y enseñado, se ve además reafirmado por los principios generales del derecho y, más explícita y concretamente, por el derecho médico, con la noción del derecho a la salud como derecho acreedor, con los principios de inviolabilidad y de indisponibilidad del cuerpo humano, y, a otro nivel, con la obligación del secreto médico.

Por otra parte, las escuelas de Hipócrates y de Maimónides hacen hincapié en el carác-

ter específico de la relación médico-enfermo. El coloquio singular requiere la mutua confianza. Por un lado, el paciente tiene la seguridad de que no se descuidará esfuerzo alguno; de que se procurará todo con miras a su curación. Por el otro, el médico desempeña el papel de abogado del enfermo: un abogado que, paralelamente a la reciente evolución de las expectativas del paciente, debe mostrarse cada vez más asequible, cercano y atento a las preferencias del primero.

Anotemos que la originalidad de esta pareja y de sus compromisos mutuos es reconocida también por el derecho. Se trata de una relación contractual que se caracteriza por una obligación de medios por parte del facultativo. Según la jurisprudencia, el paciente tiene derecho a recibir "*cuidados concienzudos y atentos, ajustados a los conocimientos adquiridos por la ciencia*"¹. Este contrato se verifica en un clima de libertad, ya que el principio de la autonomía de sus protagonistas queda solemnemente proclamada, teniendo las libertades médicas valor legislativo².

2) La ciencia económica

En el transcurso de las últimas décadas, ciertas constantes han dado origen al desarrollo de la economía sanitaria: el carácter limitado de los recursos susceptibles de destinarse al sistema sanitario, la variabilidad de numerosas prácticas médicas -entendida como un indicador de incertidumbre-, los rendimientos decrecientes de la producción sanitaria, etcétera. Para ayudar a sus árbitros a maximizar la eficiencia de la asignación de los recursos, los economistas han elaborado métodos que permiten evaluar la sanidad de poblaciones estadísticas y cuantificar el coste

de las estrategias de diagnóstico y las estrategias terapéuticas utilizadas. La estimación del coste de oportunidad permite razonar en términos de virtualidades sanitarias sacrificadas: cualquier decisión debe medirse con el rasero de las pérdidas de probabilidades de supervivencia o de curación que se ocasionarían a otros enfermos. El análisis económico, en materia principalmente comparativa, conduce de este modo a una jerarquización de las políticas sanitarias y de las prácticas médicas. En períodos de crisis económica, la consideración del criterio de eficiencia se convierte en una prioridad; pero, de manera más pragmática, lo que ha conducido estos últimos años a elaborar los sucesivos planes de sujeción de los gastos del seguro de enfermedad, los dispositivos reguladores y las medidas encaminadas a reforzar el marco de las decisiones médicas descentralizadas es la insuficiencia de recursos.

II. EL CONFLICTO DE PRINCIPIOS

1) Origen y desarrollo del conflicto

Por analogía a las relaciones entre medicina clínica y sanidad pública, las dimensiones del objeto de la medicina clínica y de la ciencia económica difieren en orden a su magnitud: la unidad de medida, en el momento del coloquio singular, la constituye el individuo, mientras que en economía la constituye la colectividad.

A Henri Guitton le gustaba poner de relieve las razones metafísicas de las contradicciones entre "ciencia del bienestar" y "ciencia del bien-estar"⁴, recalcando así la ambigüedad de las conexiones entre *bien-estar* y *bien-tener*. Lo que en este caso se debate es la dualidad entre *lógica de necesidades* y *lógica de medios*.

Ambas perspectivas tienen en cuenta la realidad, pero desde distintos ángulos de vista. En el primer caso, prevalecen las exigencias ilimitadas del bienestar; en el segundo, el carácter ineluctable de finitud y de escasez del tener. El conflicto se ha exacerbado en la "era de la salud calculada"⁵. Las colisiones entre ambos enfoques se multiplican dentro de todas las esferas del sistema sanitario, tanto a nivel de decisiones de los organismos centralizados del Estado como a nivel de elaboración de reglas que rigen los centros públicos y privados sanitarios o las profesiones liberales. Es ésta una tendencia afín a un fenómeno más vasto, el cual se observa en numerosos sectores de la actividad humana: "el ascenso de lo económico y el retroceso de lo social"⁶, que, en particular, supone la primacía de lo cuantitativo sobre lo cualitativo.

Hoy en día, el problema se plantea en términos radicalmente nuevos. Mientras que antaño eran la falta de pericia o la indisponibilidad de medios técnicos quienes imponían restricciones a la actividad médica, en la actualidad las limitaciones son fruto de opciones deliberadas. Al tratarse de factores limitantes a los que están supeditados los sistemas sanitarios de los países industrializados, resulta posible describir esquemáticamente tres etapas:

* En primer lugar, las necesidades no podían satisfacerse mediante oferta alguna. *Sencillamente, no se sabían tratar.*

* Después, los progresos de la medicina han provocado una ampliación y un crecimiento en potencia considerables de la oferta. Pero, en principio, dicha oferta ha seguido siendo cuantitativamente insuficiente con relación a las necesidades, empezando, por

lo demás, ya éstas a manifestarse en demanda. *Se sabían tratar, pero no se podían, debido a la carencia de medios materiales o de medios humanos.* Por ejemplo: la escasez de penicilina cuando todavía no era producida a escala industrial, o la desproporción del número de equipos de hemodiálisis para la población de personas con insuficiencia renal, durante los años sesenta.

* Actualmente, en fin, se tiende a limitar la oferta por motivos totalmente extrínsecos al mundo médico. Por así decirlo, el ejercicio de la medicina ha sido puesto bajo la tutela económica, con la ratificación del derecho. *Desde ahora, en algunos casos, se saben tratar y, materialmente, podría hacerse, pero no se quiere en la medida en que las negativas de financiación acordadas para ciertas prácticas -bien de modo unilateral, bien caso a caso- equivalen de hecho a negativas de autorización.* Estas nuevas fronteras fijadas al campo médico son de una naturaleza equiparable a las que se abordan en el debate sobre la bioética. Efectivamente, dentro de estos ámbitos se admite, por lo general, que si bien todo resulta posible para la ciencia, no todo es lícito con respecto al derecho o aceptable con respecto a la moral.

2) La primacía de la colectividad sobre la persona

La historia de las ideas políticas revela que ciertas épocas se distinguen por un fenómeno de oscilación, un movimiento pendular entre dos polos que, de manera caricaturesca, pueden designarse como la idolatría de la colectividad y la idolatría del individuo. La amenaza actual de economismo - que, según J.-P. Escande, llevaría a reemplazar la devoción a los enfermos por la devo-

ción a las cifras- puede, sin ninguna duda, privilegiar a la colectividad en detrimento de la persona. Así, las decisiones de racionamiento impuestas por el agotamiento de los recursos presupuestarios o aquéllas a las que conducen los cálculos económicos se aventuran a acrecentar las desigualdades de acceso a la asistencia médica. De un modo más global, la tendencia a considerar la ciencia económica como una disciplina autónoma que debería emanciparse de las preocupaciones éticas entraña verdaderos peligros. Pues, en definitiva, al asimilar los "valores" identificados por la reflexión ética a parámetros cuantificables, al sustituir la ética por el análisis económico, nos encaminamos subrepticamente hacia una cosificación de la persona, así como hacia prácticas eugenésicas.

De este modo, la primacía de la colectividad sobre la persona puede vulnerar los derechos y las libertades individuales:

* *el derecho a la sanidad*, con pérdidas potenciales de probabilidades si no son utilizados todos los medios de diagnóstico o terapéuticos;

* *la equidad*, si el racionamiento de la asistencia médica disminuye la accesibilidad financiera;

* *las libertades médicas*, con, por un lado, la desnaturalización del coloquio singular -que no se distinguiría ya de una vulgar relación entre prestatario de servicios y cliente- y, por otro, la reducción del papel del médico al de mero ejecutante ("ingeniero de maquinaria humana"), supeditado a una obligación de resultados, y

* *el secreto médico*, cada vez más compartido y amenazado, en beneficio de una sociedad que reivindica el derecho a saber, al

resultar ser un mejor sistema informativo la condición previa de una mejora de la gestión del sistema sanitario y de la sujeción de los gastos.

III. HACIA LA BÚSQUEDA DE CONCILIACIÓN

Si nos apartamos de una visión puramente tecnocrática del derecho, que reduciría a éste a una simple técnica de orden de pago de la sociedad, se espera del dispositivo jurídico que contribuya a promover el bien común sin dejar de garantizar la protección de las personas y, en consecuencia, que coadyuve a resolver el conflicto potencial entre intereses colectivo e intereses individuales; entre racionalidad financiera y eficacia médica. En calidad de "ciencia de lo justo", esta disciplina debe, en efecto, identificar los derechos y los deberes de los sujetos de derecho, personas y comunidades. A la justicia distributiva corresponde, precisamente, esclarecer la potestad pública para distribuir los recursos destinados a la sanidad de un modo equilibrado, el cual respetaría la dignidad de las personas; en particular, de las más débiles.

En realidad, parece disponerse de dos cuerpos de textos yuxtapuestos e independientes, los cuales reflejarían, respectivamente, en normas jurídicas los principios de la ética médica y los de la sujeción de los gastos, careciéndose de reglas que establecerían su articulación y permitirían resolver eventuales contradicciones. En varios aspectos, ciertas políticas pueden, no obstante, aportar algunos elementos de respuesta:

* los sucesivos reajustes de la jerarquización de las prestaciones sanitarias, puesto que las adaptaciones efectuadas tienden a

preservar la coherencia global del dispositivo de asunción;

* la voluntad de desarrollar la evaluación médico-económica; y

* el marco de las decisiones descentralizadas, con la puesta en práctica de incitaciones y de sanciones, y, más ampliamente, todo lo que pueda contribuir a sensibilizar a los protagonistas sobre la dimensión económica; en particular a los médicos, como ordenantes de los gastos. En virtud del principio de subsidiariedad, la responsabilidad retornaría in fine al facultativo, quien se vería inducido a aplicar -caso a caso- el principio de razón proporcionada, tras haber estimado la relación resultado/coste a partir de una evaluación probabilista tridimensional referente al beneficio, al riesgo y al coste.

(Original: *Maîtris des dépenses de santé et médecine hippocratique: de l'autonomie a la conciliation.*
Traducción: Alberto Caballero)

Bibliografía

1. Fórmula de la sentencia Mercier de 1936, y constantemente repetida desde entonces.
2. Cf. en particular el artículo L. 162-2 del Código de la Seguridad Social.
3. "Science du bien-être", en el original (N. del T.)
4. "Science du bien-avoir", en el original (N. del T.)
5. La que -conforme a la expresión de Henri Guitton- caracteriza a nuestra época, que ha sucedido a "la era de la asistencia", la cual, a su vez, siguió a "la era de la caridad".
6. E. Alfandari: "Le droit au sein des rapports entre l'«économique» et le «social»", en *Les orientations sociales du droit contemporain. Ecrits en l'honneur du Professeur Jean Savatier*, Presses Universitaires de France, 1992, p. 40.