

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Entre autonomía y economía. Reflexiones éticas sobre un nuevo papel del médico\*

Dr. Klaus Bergdolt

Dr. En Medicina y Filosofía

Director del Instituto de Historia y Ética de la  
Medicina Universidad de Colonia Alemania

Prácticamente me debiera avergonzar, como historiador de la medicina y como no especialista, hablar sobre aspectos económicos de la medicina. A veces parece apropiado e incluso necesario, el acercarse a la economía médica también con planteamientos éticos, psicológicos o antropológicos, donde es notable que no todos los que se dedican “profesionalmente” a la economía de la salud hayan estudiado ciencias económicas o matemáticas (en la época media de la vida, que vive de especialistas elocuentes pero a menudo autonombrados, rara vez se analizan la competencia y la formación). En lo que respecta a la pregunta por la autonomía, podría referirme a la ventaja a lo menos teórica de que médicos, filósofos, y teólogos se ocupan hace milenios de ella, la analizan, la cuestionan o la exponen desde una particular perspectiva –y yo como historiador de la medicina– me veo confrontado frecuentemente con sus tesis y conclusiones finales. El que la autonomía individual tenga coyunturas –tanto filosófica como políticamente– está fuera de cuestión. Los lectores de folletines saben que los filósofos cuestionados, como el australiano Peter Singer, hacen depender incluso la dignidad del ser humano, en el sentido de la capacidad intelectual de decidir, del grado de autonomía presente en cada caso.

Debemos, por consiguiente, disputarnos el grado de la dignidad superior incluso con monos o pastores alemanes, en la medida en que estemos restringidos espiritualmente o como de costumbre en nuestra autonomía, por ej., en un ataque de apoplejía o demencia; ¡por lo demás, he sido siempre de la opinión de que las agrupaciones de minusválidos manifestantes y supuestamente antiliberales, en el contexto de las conferencias de Singer, protestaron con todo derecho! Efectivamente, existió y existe la pregunta por la autonomía del enfermo y su médico como uno de los temas centrales de la medicina en general, tan importante como la investigación, la gestión sanitaria, las evaluaciones o cualquier arte de administrar y organizar todos estos asuntos. No hay ninguna página científica de grandes periódicos, ningún trabajo médico en idioma alemán, donde los atractivos temas de economía y autonomía no sean expuestos y donde su antítesis (objetiva o pretendida) no sea subrayada. Aun cuando el espíritu de la época privilegia la imagen de un médico autónomo y con libertad de elección en bien del paciente, igualmente autónomo, le ha surgido a la autonomía en la época más temprana un serio adversario con la economía. Se ha limitado el quehacer, sobre todo del médico de hospital como también del abandonado médico del sistema público de salud –así la opinión predominante y justificada de los médicos alemanes– lo cual se justifica desde un punto de vista económico, y desde hace poco evidencia, incluso fortalece, un sistema de dos clases para la asistencia del enfermo, que estaba latente desde hace algunos años. Naturalmente que el sistema de salud, basado en tendencias de ahorro para médico y paciente, impide progresivamente tomar decisiones libres y autónomas, de lo que hay muchos ejemplos. Esta impresión se acrecienta cuando los economistas de la salud ponen como meta

exclusivamente el límite de la cantidad de dinero disponible en el sector sanitario y cuando se concibe bajo autonomía, como sucede a menudo, la ilimitada facultad de decisión del médico o bien la equiparación de todo deseo del paciente con una prohibición ética. Para mencionar un destacado ejemplo, el “evangelio” de los grupos de pacientes con similar diagnóstico determina que, independientemente de los rendimientos diagnósticos y terapéuticos reales –aunque con ciertas gradaciones–, se pague un reembolso fijo y global por cada tratamiento de una enfermedad. Sobre la base de los costos del seguro para el tratamiento de una determinada enfermedad, se proporcionan los respectivos montos con ayuda del así llamado peso relativo de los grupos de pacientes con similar diagnóstico, el cual es determinado desde un punto de vista netamente económico, no considera aspectos científicos ni humanos y en todo momento puede ser modificado o relativizado en interés y en favor del seguro de salud público. No quiero hablar en este contexto de la entidad mórbida, postulada aquí artificialmente, y de la teoría tan problemática de que ciertas enfermedades son sencillamente idénticas, o sea, de que un cólico biliar es igual a otro, sino solo de que los escandalosos sistemas de cálculo sobre comorbilidad y complicadas enfermedades asociadas muestran la base puramente económica (y así fundamentalmente inhumana) de este cálculo.

Sería ridículo discutir que los que pierden son los enfermos crónicos y los ancianos que no están de ningún modo impedidos psicológica o físicamente, como los que han sufrido, por ejemplo, un infarto. ¡Ni qué decir de los innumerables enfermos mayores con signos de esclerosis y demencia! El no seguir tratándolos se ha vuelto en nuestra sociedad algo cotidiano en muchas partes; por otro lado, la sociedad se opone a exigir de los asegurados solo pequeños aportes y justamente con esto comienza a equiparar programas de antienvjecimiento y de bienestar al tratamiento de enfermedades. Amenaza una ciega esquematización en estrechos corredores terapéuticos, o sea, un terror psicológico de líneas directrices, cuya evidencia científica, por motivos metódicos, nunca puede serlo en un ciento por ciento, no solo por la complejidad y diferencia de los casos, sino porque, como el científico teórico Paul Feyerabend (1924-94) pudo demostrar, ningún método de investigación y análisis debe ser considerado absoluto y apodíctico, esto es, tampoco aquel sobre cuya base justamente se construyeron aquellas líneas directrices. No se discute aquí que aquellas aparezcan como necesarias, en vista de la multiplicidad de medicamentos y técnicas como de la imposibilidad de ver los resultados científicos. Hay que prevenir, empero, de una aplicación sin crítica y propagación constante sin cuestionamiento crítico del método.

Ejemplos de desabastecimiento –¡apenas debe sorprender!– se venden en la prensa, abandonos casi brutales de enfermos crónicos y de ancianos, cuya imagen decae progresivamente en nuestra sociedad por motivos múltiples, no sin sugerencias sutiles de parasitismo a costa de los más jóvenes. A partir de los 60, decae notoriamente la apariencia, también en gente que está en su cargo y dignidad. Algunos economistas de la salud y sociólogos inculcan a la sociedad que esto es correcto, considerado desde un punto de vista matemático, y que por eso es defendible moralmente (¡el Utilitarismo sea saludado!).

Se prepara lentamente el campo para reformas futuras cambiando la sensibilidad ante ciertos problemas de la gente anciana, o sea reduciéndolos.

Ideológicamente, se retrocede a los utilitaristas ingleses del siglo XVIII (por ejemplo, Francis Hutcheson en 1725 en su revista *Inquiry concerning Moral Good and Evil*), que definieron el bien público como ‘el mayor bienestar de la mayoría’ y al buen ciudadano como a aquel que contribuye con el bien público. También actúa moralmente un médico como la filosofía del Utilitarismo, el cual acrecienta el bienestar y provecho de la mayoría.

Mala suerte podría decirse, para aquellos pacientes que por una determinada enfermedad pertenecen a la minoría en desventaja por causa de la mayoría. John Gregory y Thomas Percival, los utilitaristas líderes de la generación siguiente, intentaron, por eso, difundir el principio de la sympathy o bien del exercising for humanity antes de 1800 como correctivo de la razón en la medicina, con la percepción segura de que la antigua caritas cristiana era irrenunciable, pero que, de acuerdo con el espíritu de la época, se había ganado un nombre liberal.

Este correctivo está a la vista en la teoría de la actual economía sanitaria (o lo está apenas). Las numeraciones y clasificaciones de diagnósticos y pacientes hacen lo suyo.

En la Escuela de Medicina de la Universidad de Connecticut se ha comprobado a través del análisis del tratamiento de neumonías antes y después de la introducción de un valor promedio fijado para el tratamiento de una enfermedad que el periodo de permanencia en la clínica había disminuido en alrededor de un 35%, la mortalidad, de un 15% y los costos para el hospital, en alrededor de un 25%. Esto suena fabuloso y como un triunfo de la economía. Pero investigando el destino en los próximos 30 días de los que estaban totalmente abandonados, se verificaba que la mortalidad había aumentado aquí en alrededor de un 35%. Los ingresos por recaídas aumentaron en un 23% y un 42 % terminó dentro de poco tiempo en una institución de salud. La sobrevida promedio se acortó notoriamente.

Sin embargo, según pronostican los economistas y planificadores de la salud, también en Alemania se instalarán clínicas altamente especializadas con sostenedores privados, y obtendrán mayores ganancias que los hospitales sin la correspondiente especialización.

Los pacientes poco atractivos financieramente son rechazados o 'postergados' cada vez más, sin especial protesta de la sociedad. También se modificará sutilmente la imagen y autocomprensión del médico. Ya en 10 a 15 años muchas clínicas están siendo manejadas como sociedades de acción. Uno se puede imaginar fácilmente cómo repercute esto en la conciencia médica. Un médico que sabe que será despedido o que se podrá ver afectado en su cargo o ingresos al perjudicar a los accionistas con el tratamiento médicamente muy 228 Klaus Bergdolt eficaz pero costoso de un paciente con una larga enfermedad con palabras y amabilidades superfluas o compromisos sociales (aun cuando lo sean en una recaída), procederá de otra manera que un colega que no se siente presionado por lo económico o lo 'comercial'.

A más tardar aquí, se podría decir que los cambios de nuestro sistema de salud han sido necesarios solo una vez. No se podía continuar con el ritmo de antes, bajo la insinuación de que el sistema de salud estatal o bien la opinión pública disponían de recursos ilimitados. Esto es verdad, pero hay que tener cuidado con seguir la reforma propuesta hasta ahora sin crítica alguna. Los resultados de Connecticut se pueden complementar con otros, como por ejemplo el de la Universidad de McMaster de Hamilton/Ontario (P.J.Devereaux et al. 'A systematic Review and Meta-Analysis of studies comparing mortality rates of private For-Profit and private Not-For-Profit Hospitals', en Canadian Medical Association Journal 166, pág. 1399-1412). La mortalidad de pacientes que fueron tratados en Estados Unidos en los años 80 y 90 en hospitales con fines de lucro fue mayor que en las clínicas donde no había que contentar a accionistas o inversionistas. Los enfermos renales que fueron tratados en los Estados Unidos en centros de diálisis con miras al valor de las acciones mostraron una expectativa de vida menor casi en un 10% que los que no fueron tratados en centros sin fines de lucro (Comparison of Mortality between Private For-Profit and Private Not -For-Profit Hemodialysis Centers. 'A Systematic Review and Meta-Analysis', en JAMA 288, pág. 2449-2457). El autor de ambos estudios consideró la verdad aun más

oscuramente. Puesto que las clínicas con fines de lucro tratan, por lo general, a pacientes con enfermedades menos graves, se habría esperado en realidad que estas mostraran una mortalidad más baja que los hospitales comunes –un aspecto que, como Devereaux admite en forma autocrítica, no fue considerado en absoluto en su estudio.

Entre 1997 y 2002 disminuyó en Alemania el número de hospitales legalmente públicos de 820 a 740. Esta tendencia aumentará drásticamente en los próximos años. Devereaux y sus coautores critican con derecho que en la discusión sobre la máxima rentabilidad de las clínicas se deje ampliamente de lado el bien del enfermo. El peor resultado de los hospitales con fines de lucro (en el trabajo original se habla de orientación al ‘provecho’) se remite sobre todo al hecho de que en las instituciones privadas se ahorra cuantitativamente en personal especializado. La mortalidad de los pacientes depende también de cuántas enfermeras con experiencia, paramédicos, farmacéuticos y médicos se preocupen de cada enfermo. El riesgo de enfermedades mortales demostró ser tanto mayor cuanto de menos médicos y personal especializado se dispusiera. Efectos comparables tiene tan solo todavía para muchas clínicas el característico hidrocefalo administrativo surgido en Alemania en los años de abundancia: la mortalidad de los pacientes de hospitales se acrecienta en la medida en que la administración de clínicas aumenta su personal (‘C.A. Bond et al. Health Care, Professional Staffing, Hospital Characteristics and Hospital Mortality Rates’, en *Pharmacotherapy* 19, pág. 130-38). Según Michael Hartmann (Tubingia), esto se explica por los altos costos que absorbe la administración y que se ahorran en personal médico. Estas tendencias también se deben observar en clínicas públicas, por ejemplo, de universidades. Según la Sociedad Médica Alemana, tan solo en el año 2003 se eliminan 27.000 puestos de trabajo. Todos sabemos que el modelo económico amenaza con revolu229 Entre autonomía y economía.

Reflexiones éticas sobre un nuevo papel del médico cionar el sistema de salud como nuestra sociedad completa. Las propuestas de ahorro se consideraban reaccionarias hace pocos años, incluso como prueba de una imagen negativa del hombre. Como ya lo he esbozado, hoy han sido aceptadas casi en general visiones del futuro y propuestas de solución opresivas para el paciente de mañana. Menos camas, permanencias más breves –a pesar de la reducción del número de camas– probablemente, por lo tanto, más pacientes que se tratan hospitalizados (aunque solo por poco tiempo) –la visión interior del enfermo apenas juega ahí ya un papel–. La facultad de decisión del médico se reduce en vista de las ventajas de una magnitud ridícula. Una nueva onda de medir, sumar, codificar, transmitir, puntear, complementar, refrendar, extender, proponer y fundamentar caracterizarán el día a día de paciente y médico. El quehacer médico proporciona a los interesados poca alegría en el momento de las líneas directrices del discurso –así la opinión desproporcionadamente creciente de colegas más jóvenes–, dado que no se modificaron o no se atrevieron a modificar otros parámetros en el gran sistema de interdependencias económicas y administrativas (lo cual desde el punto de vista de la teoría económica presenta un grave error metódico –se proponen cambios en un lugar de la compleja estructura y se pasan por alto ‘efectos secundarios’ no deseados en otros, donde se ha esperado que todo permaneciera con el anciano experimentado–). Sobre todo el postergado médico de hospital, que antes, por ejemplo en el siglo IX, era frecuentemente explotado (en ese entonces, sin embargo, con una justificada esperanza de mejorar sus ingresos en el futuro, lo cual le permitiera mantenerse mejor) es utilizado hoy en día para sostener un sistema de abastecimiento no examinado y que está fundamentado por un método científico dudoso. Se ahorra con esfuerzo y se ven las consecuencias: uno de cada diez errores técnicos en una clínica en Alemania se debe explicar por agotamiento debido a sobrecarga laboral o a reducción de personal, según estimaciones de una aseguradora suiza; lo cual fue

planeado, dado que el médico jefe y la administración estaban forzados a disminuir los gastos. Casi la mitad de los estudiantes de medicina considera no dedicarse a una profesión médica después de finalizar sus estudios. Un 20% de los médicos jóvenes toma en realidad esta decisión después de que otro 20% ya ha cambiado de orientación durante sus estudios. La escasez de médicos amenaza con que malos médicos tomen decisiones también en el futuro, a los cuales uno antes jamás habría escogido en un buen hospital o sencillamente los hubiera despedido después de un corto periodo de prueba. La escasez de médicos significa también un deterioro en la calidad del servicio. El verdadero escándalo consiste en lo siguiente: no solo en Connecticut, también en Alemania, se dan numerosos ejemplos de pacientes no deseables que, por sus enfermedades raras, persistentes o crónicas se dan de alta sin curación, aun cuando hubiera habido perspectivas de sanación permaneciendo más tiempo en la clínica. Solo que la clínica habría sufrido pérdidas claras si se hubiera quedado más tiempo hospitalizado.

Uno se podría preguntar si antes la autonomía de la presión por el ahorro y la racionalización permanecieron inalterables. Cuando se leen los grandes textos del pasado, los grandes relatos de la historia de la medicina, como diría Lyotard, como por ejemplo, el pequeño libro de Hufeland, *Las condiciones del médico*, de 1806, entonces lo económico se tematiza ahí solo en la medida en que el médico codicioso es juzgado moralmente (el cual, sin embargo, desde las imágenes ideales hipocráticas, juega un papel negativo).

‘Yo me compadezco’, dice ahí, ‘de los médicos que miden el valor de sus enfermos según su posición o su patrimonio. Estos no conocen aún la recompensa más bella del médico. ¡De qué sirve una mano llena de oro comparada con las lágrimas de alegría en los ojos de los pobres!’ Y Hufeland continúa: ‘Si hay alguien tan desafortunado, sobre todo entre los médicos más jóvenes, de no encontrar suficiente retribución en estos sentimientos elevados’, entonces no ha comprendido ‘la verdadera felicidad que experimenta el médico en su profesión’. Hacia 1800, la conciencia y el servicio social se subordinan sin vacilación a la autonomía del médico. Y ni hablar de las obligaciones del Estado. En tiempos pasados del libre empresariado, un médico podía decidir libre y autónomamente si trataba a este o a aquel paciente sin costo alguno y recuperar esta pérdida así mediante otros, a través de un delicado manejo de la justicia.

Las palabras de Hufeland suenan casi a romántica retórica y, siendo el médico más influyente de su época, se deleitaba pronunciando ‘discursos hermosos’, lo que en esos tiempos ofrecía una imagen muy positiva. Hufeland, que fue el médico de cabecera del rey y otros personajes ilustres, entre los que se cuenta a Goethe, continúa en ese mismo ensayo: ‘En su quehacer médico, aplica el médico la mayor atención, precisión y escrupulosidad’.

Y sigue la advertencia: ‘Que nada sea tratado superficialmente, sino todo en profundidad y según su mejor parecer y decisión. Nunca debe considerar al enfermo como un medio, sino siempre como fin..., como a un ser humano’. Precisamente de esta máxima kantiana que él cita, de no abusar nunca del hombre, se está burlando hoy en día el dictado económico –volviendo rápidamente al presente– (por lo demás Kant había redactado el epílogo a su *Macrobiótica* de ‘El arte de envejecer sanamente’ impresa así en muchas ediciones. Hufeland vio en ese entonces el problema muy claramente. Sin embargo, en tiempos de Goethe no existía la pregunta de si se debían dar medicinas caras a los pobres, si se gastaba mucho o poco, puesto que las plantas o minerales verdaderamente exóticos apenas jugaban un papel en el diario vivir (haciendo abstracción de los productos milagrosos de alquimia, que antes fascinaron a nobles e intelectuales). Por lo tanto, se trató tan solo de la pregunta de si el médico podía graduar sus

honorarios o bien adaptarlos a las necesidades de los enfermos (aquel pequeño honorario que el paciente daba al médico).

¿El buen tiempo pasado fue como un paraíso médico, donde el médico decidía sólo según su conciencia, sin considerar los costos? ¡Desgraciadamente, no! Pues alrededor del 80% de la población enferma jamás consultó a un médico. La mayor parte de los seres humanos, sencillamente, no podía recurrir a su ayuda. A excepción de los médicos estatales, los de la corte y naturalmente los profesores universitarios, los médicos eran, por regla, empresarios libres, que no podían ser regulados por el Estado). Recién la legislación de Bismarck, que estos aprovecharon ante todo, tuvo como efecto colateral el que el ingreso de los médicos solo estuviera garantizado mientras el Estado o bien el seguro médico de salud estatal contaran con suficiente dinero para ello. Todos los que antes nunca iban al médico querían ahora de pronto ser aconsejados y cuidados médicamente, y a costa del sistema público de salud subvencionadas primeramente por el Estado. Medicina y salud se volvieron tareas estatales centrales, tal como lo habían exigido ya numerosos pensadores. Esto estaba de acuerdo con el espíritu de los tiempos. Virchow habló de la política como 'Medicina en grande'; para el sociólogo francés Augusto Comte, la anato<sup>231</sup> Entre autonomía y economía.

Reflexiones éticas sobre un nuevo papel del médico mía y la medicina eran ejemplo para la gran política, que, por su parte, –y esto valía como progreso– debía influir en el estado de salud y en el abastecimiento médico. Se tomó la representación analógica del cuerpo humano de la Antigüedad, para hacer comprensible la complejidad de una estructura estatal, un artilugio que valió para la medicina y la misma psicología. Con esto se cayó en una trampa. El informático Karl Steinbuch, todo menos que un crítico de las ciencias naturales, ya criticó duramente en 1975 el método de moda de estos: 'Para ser justos con el limitado cerebro de la inmensa complejidad, desarrolló el género humano un sistema de pensamiento notable. El pensar en modelos'. Este pensar en modelos, los cuales condujeron prácticamente todos a la simplificación, triunfó pronto no solo en medicina y economía, sino desgraciadamente también en general en el sector de la salud, y vale aún hoy como camino real para evadir la confusión de interdependencias y complejidades en ciencia y administración. En la economía sanitaria se ha sacado al homo oeconomicus de todas sus relaciones, uniones, dependencias y simbiosis, y se ha reducido al hombre a un simple modelo económico, como lo hizo un día Descartes (el cual, sin embargo, como se sabe, mantuvo el alma en su lugar). La simplificación del complejo (tan solo para llevar las ideas más convincentemente al hombre) parece ser entretanto un error muy popular, que se invoca casi a diario como explicación de contextos políticos. Si se deja de lado lo que determinadas reformas –por ejemplo, el socavamiento del principio subsidiario en favor del de solidaridad– traen como consecuencia tan solo en efectos psicológicos, cómo estos tientan para que se utilice el sistema público de salud, si se niega – para mencionar otro ejemplo– que el beneficio económico o la carga financiera (tanto por parte del paciente como del médico) merman decisivamente el sentido de responsabilidad, entonces se justifica la sospecha de que el modelo así purgado podría resultar muy simple.

Si se defiende con entusiasmo una determinada tendencia en la reforma, si se hace evidente una relación de hechos científicos, entonces hay que 'negar, desconocer, pasar por alto a otros', como admitió el teórico de la medicina Ludwig Fleck. Y el biólogo americano Mandelbrot observó en relación con esto: 'La naturaleza (¡y con esto también la medicina!) muestra no solo un grado de complejidad más elevado que la geometría euclidiana, sino que posee una característica completamente diferente'. Los modelos euclidianos están hoy en día en la base de la economía sanitaria. El utilitarista John Gregory

mismo había advertido en 1777 en su revista *Lectures upon the duties and qualifications of a physician* de una transferencia demasiado descuidada de modelos matemáticos al ser humano y a la medicina. Si un médico piensa exclusivamente en tales categorías, se volverá, pues, incapaz de decidir en todos aquellos ámbitos 'que no son accesibles a una demostración matemático-exacta'. Según Gregory, la matemática pertenecía, sin embargo, a las ornamentales calificaciones de los médicos. Ella había contribuido finalmente a 'desterrar las enseñanzas falsas de las sectas galénicas y químicas (se refería a Paracelso)'. Matemática y estadística aparecieron por eso como irrenunciables en la medicina. A pesar de lo cual, el reconocerles una determinada dimensión en el trato con el hombre sufriente era para Gregory un pensamiento intolerable. Por lo demás, también su contemporáneo Goethe criticó el medir y calcular en el ámbito humano: 'El medir una cosa es una acción tosca, que no puede ser aplicada a cuerpos vivientes sino como algo altamente imperfecto'. No toda matemática se deja así aplicar al hombre, en el sentido más verdadero de la palabra.

Los modelos de ahorro unilaterales en la salud son muy poco convincentes, así como las influencias unilaterales del sistema económico tampoco pueden resolver los problemas.

Una de las consecuencias que casi no se ha considerado es la pérdida de alegría y ánimo en el quehacer del médico. Puede tener consecuencias fatales en la economía popular. En el modelo simple del *homo oeconomicus* no aparece, por otra parte, en absoluto. Además, la sociedad de dos clases en la salud favorecerá un odio muy comprensible hacia la sociedad por parte de los perjudicados, tanto como la pobreza o cesantía, que estas, por lo demás, fomentan. Quien reconoce que se mima y privilegia a otros miembros de la sociedad cuando están enfermos, mientras, por otro lado, él mismo es perjudicado y a menudo tratado insuficientemente (como consecuencia de la planificación) –lo que el paciente del sistema público de salud observa hoy más que nunca desde 1949 en algunos consultorios, a menudo en el tono de una consulta médica–, de ése no se puede esperar ninguna lealtad hacia la sociedad y el Estado. Tendría que desarrollar rasgos masoquistas. Estado y sociedad se convierten en enemigos para tal enfermo, incluso para los asegurados sanos que analizan sus perspectivas de salud. Como consecuencia: la responsabilidad, solidaridad e identificación con el Estado decrecen. Así, resulta fatal que la conciencia médica decaiga bajo el dictado del modelo económico simplificado. También las líneas directrices, que día a día se propagan más, se han sustraído a estos modelos, como se ha demostrado.

Naturalmente que un médico consciente debe tener una idea del valor del dinero de la terapia indicada por él, ya que esta es pagada por otros. Muchos médicos, digámoslo abiertamente, han pecado aquí en los años dorados. Diagnósticos dobles y superfluos y administraciones dudosas de medicamentos con efectos inciertos, aunque no estaban a la orden del día, sí eran frecuentes. Se atribuía significación patológica a los valores límite y a las oscilaciones psicológicas, y se ponía en marcha un gigantesco aparato diagnóstico.

Entonces se debía poner coto a esto. El enfermo era, por así decirlo, inducido al abuso del sistema solidario, mientras que la subsidiariedad como condición natural y como filosofía de todo sistema social apto funcionalmente, la asunción de la responsabilidad personal como la aceptación del compromiso y participación personales cayeron ya en el olvido como opciones. Sin embargo, el abrupto cambio de dirección precedente fue percibido como algo tan fuerte, que el médico promedio a menudo no ve un espacio, por lo menos subjetivamente, en lo que respecta a la conciencia, autonomía y ética. Se siente perjudicado y manipulado. De pronto, se hallan no pocos médicos nuevamente a fines del siglo XIX,

aunque a menudo contra su voluntad, donde toda acción médica se justificaba –bajo la perversión de los pensamientos de Percival– exclusivamente con el provecho para el afectado, pero sobre todo para la sociedad. Esta está orientada hoy una vez más hacia el provecho económico; todas las limitaciones de la libertad de acción del médico son justificadas con esto. Uno se convierte evidentemente en un escéptico pesimista si tiene en cuenta cómo se seguía planteando en el siglo XIX la pregunta por la utilidad, hasta que en el siglo XX determinados enfermos inservibles fueron eliminados de la sociedad (¡muchos médicos y científicos apasionados, como por ejemplo, Ernst Haeckel, habían exigido esto hacía tiempo!). Al ideal económico de salud y matemáticamente rentable corresponde también hoy día el ciudadano que –matemáticamente está claro– haga aportes a su seguro de salud a lo largo de toda la vida, ojalá sin largas ausencias de trabajo o enfermedades, y en el momento de completar sus años laborales– alrededor de los 65 años (esto, por lo demás, es algo completamente artificial heredado de Bismarck) muera de repente.

Esta amabilidad no se puede exigir de todos –aun cuando desde la Antigüedad y el Renacimiento muchos modelos utópicos de salud (haciendo abstracción de Haeckel y Konsorten) exigen precisamente esto del enfermo que representa una carga para la sociedad: suicidio, suicidio asistido y la eutanasia, emparentada con estos. También en la discusión de Holanda resonaron estos argumentos. Uno está seducido a esbozar sarcásticamente algunos modelos futuros, que ojalá nunca se vuelvan una realidad: que después de cada eutanasia activa (por supuesto con el total consentimiento de los afectados) el sistema público de salud pague a los deudos el funeral. Para las aseguradoras esto sería un negocio redondo, un pequeño bono en comparación con los costos de tratamiento que se han ahorrado de esta manera. Alternativamente, por ejemplo en el caso de un funeral anónimo sin especial solemnidad, se podrían transferir 2.000 Euros como reconocimiento a la cuenta del banco.

Naturalmente que exagero, y estoy consciente de la problemática de tales bromas, que en realidad son antibromas. De hecho, ninguno de nuestros planificadores de la salud gana en intención y propósito al ser vinculados con este contexto; sin embargo, se puede comprobar que las correspondientes argumentaciones actuales y los planes de algunos economistas –sin control ni prueba– hacen aparecer el envejecer o el padecimiento prolongado de enfermos crónicos como algo inconveniente, indeseado –dicho de una manera suave– (las tesis de Singer y de algunos filosóficamente adeptos no deben ser recapitulados aquí en absoluto). Y justamente esta lógica, que hacia 1900 pertenecía casi al buen tono del médico, proporcionó por algunos decenios la munición espiritual para la liquidación de enfermos.

Esto es, mal que mal, un hecho histórico. Racionalización o racionamiento se llamó por largo tiempo la divisa, y esto es enojoso.

Pues es un hecho el que en Alemania se raciona ya fríamente en los tratamientos de enfermedades. Desde el punto de vista de la economía sanitaria, no se trata ni lejos del ‘si acaso’, sino solo de la intensidad y el modo de los cortes. Aun peor: en una sociedad de escasos recursos parece a primera vista tonto el satanizar este racionamiento, o por lo menos, demasiado simple (en el sentido de los modelos mencionados). Como hacia el 1900, la razón habla en cierto sentido a favor de la presión, de la limitación, de la restricción de la conciencia médica, pues la costosa medicina de alto rendimiento no es accesible a todos. ¿Está programado con esto el menosprecio de la vida humana? No lo sé y espero naturalmente que no. Las listas de espera para la asignación de un servicio vital son ya algo de cada día, y algunos médicos, que no serán recordados por su caridad, se niegan a tratar a algunos enfermos

crónicos de la AOK1 cuando el trimestre está copado. Hasta el siglo XIX, pertenecía al código de ética el tratar gratuitamente a los pobres, como se dice.

Por eso, hoy no está prohibido no tomarse vacaciones al final del trimestre cuando los cupos se han acabado, sino el ayudar a seres humanos que sufren. Sin embargo, las planificaciones orientadas al homo oeconomicus, que condujeron aquí a los médicos a la ira y rechazo, debieran ser revisadas lo antes posible.

A menudo, el paciente ya no es más el fin y la meta de la profesión médica. El fin es más bien el buen balance del hospital (aun peor: en el futuro tal vez incluso el interés de los accionistas) y un gran cuidado de no sobrepasar el límite del plan económico. El fin es, como una vez en el Utilitarismo, el provecho y ventaja de la comunidad, donde el llamado correctivo de la simpathy ya no se menciona. El individuo tiene sencillamente mala suerte si se enferma de diabetes, arterioesclerosis o colitis. Gottfried Benn, el poeta, además nuestro colega, ha explicado en los años veinte: 'El Occidente no sucumbe por dictaduras o pobreza espiritual, sino por el cínico reptar de su inteligencia ante las conveniencias políticas'. La política y el interés de permanecer en el poder o de llegar a él, para lo cual se necesita a la mayoría, conduce progresivamente a pensar en forma utilitarista, esto es, –según la enseñanza de Jeremy Bentham y John Stuart Mills–, a tener presente el bienestar (welfare) del mayor número posible de ciudadanos. ¡Sin embargo, pobre de los que no pertenecen a esta mayoría! En la economía sanitaria y en vista de la esperable 'reforma de la salud' estamos todos llamados a formar nuestra opinión, y sobre todo, a un control de la opinión, pues obviamente algunos protagonistas fueron seducidos, por motivos ideológicos, a hacer el corte en tal o cual parte del complejo sistema, valiéndose de un modelo reducido demasiado simplemente, sin tener claras las interdependencias, menos aun las consecuencias éticas y humanas. ¡Esto suena provocador, pero dejar este espinoso terreno exclusivamente a un sector no médico, que con esto traza también líneas directrices para la ética médica, contradice tanto la dignidad del médico como el interés por la vida de muchos pacientes, según muestran los desarrollos más tempranos!

## Notas

\* Traducido del alemán por Claudia Chuaqui Farrú.

1 N del T: la AOK es la sigla en alemán para: Allgemeine Ortskrankenkasse (oficina local del seguro de enfermedad), y es en ese país el seguro de salud estatal más importante.