

Capitalismo y medicina

André Grimaldi

[La reforma sanitaria del gobierno Sarkozy ha abierto un amplio debate en Francia. En sus aspectos más generales -los que tienen que ver con las relaciones entre economía y salud, capitalismo y medicina- el debate es el mismo que debería haber en el Estado español. Para contribuir a que ese debate necesario se desarrolle, publicamos la polémica que, desde un punto de vista de izquierda, realiza el médico André Grimaldi con el filósofo André Comte-Sponville].

André Comte-Sponville pronunció una brillante conferencia el 8 de octubre de 2007 en el Palacio de Congresos sobre la reforma sanitaria del gobierno Sarkozy. Pierre Coriat me transmitió el texto que he leído con atención, buscando un estímulo. El filósofo adopta la postura modesta "del que no tiene lección que dar (...) estáis peleando en la línea de fuego hasta el punto de que casi tengo ganas de presentaros... el caluroso saludo del que está a cubierto en la retaguardia", para repartir mensajes de sensatez: "No es verdad que toda persona muerta sea un fracaso médico". Su reflexión filosófica es sensata y, supongo, ayuda a elevarnos a quienes somos profesionales de la sanidad de a pie. ¡Con el riesgo de caer desde lo alto! Examinemos una a una las evidencias del filósofo:

1. "Mientras los mortales no acepten su esencia de mortales, se tendrá el sentimiento de que la medicina fracasa, aún cuando se encuentre en lo más alto". Y citando a Montaigne: "No mueres porque estás enfermo, mueres porque estás vivo". Tras este discurso de gran sabiduría hay una cierta confusión entre dos modalidades de muerte, que no dejan de recordar las dos formas biológicas de la muerte celular. La primera no es más que el desenlace de la vida, de igual manera que las hojas caen en otoño. En un sentido, morir no es más que dejar de vivir. ¿Hay que combatir realmente, y hasta dónde, el envejecimiento para prolongar la vida? Tema para filósofos. Pero hay otra muerte, la que interrumpe prematuramente el impulso de la vida con sus actividades, sus proyectos, sus sueños, sus relaciones... Esta muerte inhumana nos escandaliza y lo seguirá haciendo. Es el origen de la medicina. El objetivo de la medicina, y puede que más en general el objetivo de la humanidad, es reducir el número de estas muertes injustificables y al mismo tiempo permitir finales de vida más dulces.
2. "El hospital es también una empresa" (la cursiva es mía). Para poner los puntos sobre las íes, Comte-Sponville destaca que "en la mayor parte de las ciudades de provincias, el hospital es la mayor empresa de la ciudad", comparando así el hospital con cualquier otra empresa. Al afirmar que "el hospital es una empresa" Comte-Sponville sigue la dirección del viento, que quiere reducir el hospital a una producción de mercancías. Pero la verdadera cuestión es si el hospital es *ante todo* una empresa. La respuesta es claramente no. El hos-

pital responde a necesidades sociales fundamentales no mercantiles (como la policía, la escuela, la justicia, etc.), no es una empresa mercantil. Ahora bien, la actual reforma hospitalaria pretende transformar el hospital en empresa mercantil, esto es, en empresa rentable que, como cualquier otra empresa, pueda obtener beneficios. Es por lo demás lo que hacen las clínicas privadas con fines lucrativos, y es el mercado rentable que codician los fondos de inversión y los fondos de pensiones internacionales que compran clínicas privadas francesas exigiendo una rentabilidad entre el 15% y el 20%.

Transformar el hospital en empresa tiene consecuencias en la práctica médica y en la organización de los cuidados médicos. En adelante, habrá que privilegiar las actividades médicas y las enfermedades rentables, mejorar la productividad y organizar el trabajo a "flujo tenso" como "en la cadena", "flexibilizar" el empleo privilegiando los contratos temporales, recompensar a los facultativos rentables pagándoles más que a los otros, etc.

De hecho, el proyecto de hospital-empresa plantea un conflicto de intereses en el núcleo del ejercicio médico. Cuando los directores de hospitales exigen a los médicos un aumento de actividad del 3% al año, ¿qué sentido tiene esto para los enfermos? En realidad, se pide a los médicos que multipliquen las prescripciones y las hospitalizaciones más o menos justificadas, o que recurran a trucos de codificación para aumentar la tarificación, esto es, la factura a la seguridad social. Desgraciadamente es lo que ya ocurre de forma cotidiana en casi todos los servicios hospitalarios, y como desde hace tiempo viene ocurriendo en muchas clínicas. Apostamos a que pronto, para ganar clientes y conquistar "partes de mercado", se contemplará desarrollar la publicidad hospitalaria, bajo pretexto de informar a los pacientes. Ya mismo, diversos establecimientos, entre ellos el Instituto Curie, tienen contratados directores de comunicación que de forma indirecta hacen publicidad para atraer clientes. Esta es también la práctica corriente de la industria farmacéutica cuyo objetivo inmediato es vender productos rentables, al margen de cuál sea la mejora real del servicio médico prestado. Así por ejemplo, los industriales producen análogos de insulina dos veces más caros que las insulinas humanas, producidas por ingeniería genética. Gracias a un poderoso marketing han conseguido el importante mercado de los pacientes diabéticos de tipo 2, para quienes estas insulinas no tienen prácticamente ninguna ventaja respecto a las insulinas de la generación anterior (NPH). En pocos meses, los industriales van a suprimir, como ya lo están haciendo, la producción de las antiguas insulinas, menos costosas. Los países ricos podrán pagar, los países pobres no. Los niños diabéticos insulino-dependientes en África mueren actualmente por falta de insulina (cf. la campaña mundial de la Federación Internacional de la Diabetes). En cuanto a la industria, ¡encima da el pego financiando a ONGs!

3. *"Siempre me ha fascinado la singularidad, casi diría política, digamos institucional, del hospital, que es un sistema de doble poder del que no conozco mo-*

delo, entre el poder médico por un lado y el poder administrativo por el otro...". En efecto, porque no es una empresa, el hospital tiene un doble poder, pero el poder predominante debe ser el poder que determina la finalidad del hospital, esto es el poder médico. Si se viene abajo hoy día es porque el poder "feudal" de los mandarines sólo ha sido reemplazado por los pequeños poderes de los jefes de servicio y los poderes corporativistas de los sindicatos médicos. Los jefes de servicio hospitalarios son por tanto los primeros responsables de su pérdida de poder en favor del poder gestor administrativo. Una auténtica reforma habría instituido un poder médico colegiado con un director médico, reglas de funcionamiento democrático incluyendo votaciones con papeletas secretas, una limitación del número de mandatos y un derecho de injerencia en el funcionamiento de los servicios.

4. *"Para ejercer poder, hay que desearlo un poco"*. Este elogio del jefe enamorado del poder por parte de un filósofo resulta un poco desconcertante. Tanto más cuando se dobla con un cliché retro sobre una *"colega, a la que quiero mucho, mujer encantadora y deliciosa, a la que no le gusta el poder y que por tanto, inevitablemente, ha sido una mala directora de UFR"*. Las mujeres, como es sabido, pocas veces están hechas para el poder, ¡salvo cuando se parecen a hombres! Comte-Sponville podría haberse atrevido a plantear la cuestión de la finalidad del poder. Existen tres razones posibles para querer el poder:

1. Se puede querer el poder para defender un proyecto. Es útil para movilizar las energías reformadoras.
2. Se puede querer el poder para restituirlo a los otros, es decir, para jugar el papel de regulador favoreciendo las sinergias entre las inteligencias y las voluntades de los otros.
3. En fin, se puede querer el poder para sí, esto es, para servirse de él o para avasallar, pues demasiado a menudo, tanto para los enamorados del poder como para los enamorados a secas, el abuso es lo bueno.

De ahí la importancia de la reglas democráticas: cualquier poder debería estar limitado en el espacio y en el tiempo, y todo poder debería aceptar un contrapoder.

5. *"En nombre de la verdad de la primera proposición, que la salud no tiene precio, no se puede escamotear la verdad de la segunda proposición, que tiene un coste"*. Aunque seamos médico, lo sabemos y hay que estar agradecidos al señor Comte-Sponville de que nos lo recuerde. Pero se podría esperar un poco más. Dos cuestiones:

1. ¿Qué quiere decir "rentabilidad" en medicina? El ciudadano más "rentable" sería el gran fumador que muere bruscamente de infarto al día siguiente de su jubilación, antes incluso de llegar al hospital. Ésta es una persona financieramente rentable: ha pagado impuestos toda su vida y no ha tenido tiempo de consumir cuidados médicos, ni para aprovecharse de su jubilación. Cuando gracias a costosos tratamientos médicos evitamos la muerte por infarto de un

diabético, lo cual le da tiempo a desarrollar una insuficiencia cardíaca isquémica, y tenga que beneficiarse de un trasplante cardíaco, tras haber tenido complicaciones con los tratamientos inmuno-supresores, ¿somos rentables o no rentables? Cuando en lugar de amputar a un paciente ponemos en marcha complejas estrategias médico-quirúrgicas, dos o tres veces más costosas, para salvar su pierna, ¿somos rentables o no rentables?

2. ¿Qué lugar hay que dejar al conflicto de intereses y cómo controlarlo? El interés personal o corporativo es desde luego un poderoso medio para movilizar las energías, pero ¿cómo utilizar esta fuerza, sin manipulación ni cinismo, al servicio de un interés colectivo? Comte-Sponville se pregunta si los "polos" permiten hacer economías o si son costosos; no ha comprendido la filosofía de la T2A [*la organización de la sanidad por "polos" y el sistema de gestión y de pago de los servicios sanitarios llamado T2A son instrumentos centrales de la política de privatización del sistema de salud en Francia. NdT*]. Seguramente se lo han explicado mal. No se trata de saber si cuesta más o si se economiza, sino de si es rentable, esto es, si los gastos quedan cubiertos por los ingresos o, mejor aún, si los ingresos superan a los gastos. Ahora bien, hay actividades hospitalarias mejor pagadas que otras. Por lo general, son aquellas que pueden ser realizadas en las clínicas privadas con fines lucrativos, por ejemplo la cirugía de la catarata o la exéresis de los melanomas. La cuestión para el hospital es la siguiente: ¿hay que realizar actos médicos que corresponden a su doble misión, por una parte social y por otra parte de alta prestación (técnica y humana), o se debe intentar hacer dinero? El objetivo de los "polos" es favorecer la lógica comercial gracias a una mutualización de los medios (mejoras de producción) y a la búsqueda de "nuevos tramos de mercado". ¡Eso es tan cierto que en las reuniones médicas de "polo" casi nunca se habla ni de medicina, ni de calidad, sólo de cantidad!
6. *"La cuestión de la articulación entre el interés legítimo de tal o cual sector profesional y el interés legítimo de los pacientes y en general de la nación, nunca ha sido explícitamente planteado"*. Esto es lo propio de cualquier situación que comporta un conflicto de intereses. Poco se habla de la articulación entre el interés legítimo de los fabricantes de armas y "el interés legítimo" de los pueblos. Comte-Sponville, en vez de "poner el dedo" en la llaga de "los directivos de la salud", acusados de corporativismo, habría podido citar otros intereses corporativistas, por ejemplo el de los médicos liberales. Dice ser un gran partidario de la medicina liberal, en la que el enfermo paga a su médico. Así, para mantener su nivel de renta, el médico se ve llevado a multiplicar los actos más o menos útiles. Y la defensa encarnizada del pago al momento por parte del sindicato de médicos liberales, se hace siempre en nombre del interés de los enfermos.
7. *"Probad todos un buen antidepresivo, veréis que cambia algo, aunque no se está enfermo"*. Se extiende la idea de que gracias a los medicamentos uno podría

volverse "supernormal" y Comte-Sponville polemiza con toda razón contra este "pan-medicalismo". Aunque se trata en lo esencial de un combate contra molinos de viento. Todo el mundo conoce las graves complicaciones cardíacas provocadas por medicamentos contra el apetito para perder algunos kilos antes de exponerse en la playa. Si es cierto que tomar un medicamento hace feliz, o sólo más feliz, y sin ningún inconveniente, ¿en nombre de qué principio habría que limitar su uso? La cuestión de los tratamientos llamados de confort o de los tratamientos para sanos es doble: ¿cuál es el beneficio/riesgo para el individuo y quién debe soportar el coste? La sociedad puede decidir sobre el orden de sus prioridades. Es ella quien tiene que decir si el coste debe ser a cargo del beneficiario o si debe ser asumido por la solidaridad nacional. Después de todo, la sociedad ya decidió reembolsar curas termales o píldoras homeopáticas consideradas médicamente ineficaces. Es evidente que la sociedad no puede reembolsar todo. La seguridad social ha sido creada para responder a las necesidades de salud de los ciudadanos con independencia de sus rentas, aunque en realidad siempre se ha tratado de las necesidades de salud socialmente reconocidas y no de las necesidades de salud personalmente sentidas.

8. *"Durante toda vuestra vida costáis una cierta suma a la seguridad social, y la mitad de esta suma la costáis en los seis últimos meses de vuestra vida. No sé lo que pensáis de ello, pero para un ciudadano como yo, para ese mortal que soy yo, sinceramente, no me parece razonable"*. Esta posición razonable es la de una persona sana que tiene una esperanza de vida de varios años. Aunque mirando un poco más de cerca, el hecho de que se gaste la mitad de los costes de salud de toda una vida en los últimos seis meses de su vida, es explicable:
 1. Por lo general, no se sabe cuáles son los últimos meses de vida. Resulta por tanto bastante incómodo decidir reducir los costes de los últimos seis meses.
 2. Además, y por suerte, la inmensa mayoría de la población no gasta prácticamente nada para su salud durante toda su vida, salvo antes de la enfermedad mortal; y como todo el mundo sabe, cuando no se ha gastado nada durante toda su vida, es fácil gastar dos veces, o tres veces, o mucho más incluso en algunos meses. Tal vez no sea razonable, pero en todo caso es racional. Aunque la afirmación de que se gasta más de la mitad de los costes de salud en los últimos seis meses de la vida, es completamente falsa para los ocho millones de enfermos crónicos, diabéticos, insuficientes cardíacos, dializados, enfermos de sida, poliartríticos, coronarios, trasplantados, atacados de esclerosis en placa o de parkinson... que utilizan el 50% de los gastos de la seguridad social y cuyos últimos meses de vida no cuestan mucho más que los meses anteriores.
9. *"Francia tiene más de un billón de euros de deuda, más de dos billones de euros si se cuentan las jubilaciones del servicio público" y "los adultos tienen que ocuparse de los hijos, y nunca, desde hace 100.000 años, se había visto*

que sean los hijos quienes tengan que ocuparse de los padres". Comte-Sponville no es economista, yo tampoco. Pero no debería ceder al fetichismo del dinero, y preguntarse en cambio por el significado de las deudas en relación a la riqueza material realmente producida. Basta con recordar que Argentina, país rico, fue un día a la quiebra y que su nuevo gobierno tuvo la audacia de no pagar sus deudas, sin que por ello los acreedores del FMI y de los países desarrollados se hubieran puesto a malas. Se ha visto, y se sigue viendo, cómo los bancos centrales fabrican billones de euros y de dólares para hacer frente a la falta de liquidez y para evitar que la crisis financiera especulativa de las llamadas "subprimes" desemboque en una recesión real.

En cuanto a la frase sobre los hijos que no están aquí para ocuparse de los padres, resulta casi "posmoderno". Al contrario, desde el fondo de los tiempos, los adultos han tenido la doble carga de sus hijos por una parte y de sus propios padres por otra. Las tres generaciones han cohabitado a menudo bajo el mismo techo, y eran los hijos quienes, llegados a la edad del trabajo, debían abandonar la casa para ganarse la vida. El culto a los ancianos viene de milenios y sólo en tiempos muy recientes se ha dado una prioridad a los hijos. El culto a los jóvenes y la relegación de los viejos es de una gran modernidad.

10. "*El pan-medicalismo tiene una consecuencia muy simple, es el agujero de la seguridad social*". Comte-Sponville confunde agujero de la seguridad social con aumento de los gastos de salud. El aumento de los gastos de salud no cava automáticamente el agujero de la seguridad social, ya que estos gastos son soportados muy a menudo por las economías domésticas o por las mutuas. El agujero de la seguridad social se debe no sólo al exceso de gastos, sino también a la falta de ingresos. Ahora bien, los ingresos de la seguridad social disminuyen en período de paro, bajan cuando el gobierno decide exoneraciones de cargas, se reducen cuando numerosas rentas escapan a las cotizaciones, por ejemplo los *stock options*, y también el "trabajo negro". Philippe Seguin, Presidente del Tribunal de Cuentas, ha estimado que la falta de fiscalización de los *stock options* supone para la seguridad social dejar de ingresar 3.000 millones al año. Teniendo en cuenta que el marketing de la industria, con 23.000 visitantes médicos, cuesta igualmente 3.000 millones de euros, ya tenemos ahí 6.000 millones de euros, exactamente el agujero de la rama enferma de la seguridad social.

11. "*La sociedad pide a la medicina no morir, no envejecer, no sufrir*". ¡Se vuelve otra vez a la cantinela culpabilizadora sobre los consumidores bulímicos de cuidados médicos que serían los franceses! Pero esta frase excesiva es falsa. Es cierto que el cuerpo social pide no sufrir, y tiene toda la razón, pero es falso que rechace morir. El país está incluso sacudido por debates recurrentes sobre la eutanasia y el derecho a morir con dignidad. Es también falso que el cuerpo social no quiera envejecer. Aunque ninguno de nosotros quiere volverse de mente, lo que es otra cosa diferente y parece bastante legítimo. Por el contrario, es cierto que los comerciantes intentan crear una necesidad artificial de re-

juvenecimiento promoviendo la DHEA y otra píldora milagrosa. Es el reverso de la desvalorización de las personas mayores. Pero no se puede ceder al juvenilismo y reprochar al mismo tiempo a los viejos que hagan todo lo posible para seguir siendo jóvenes. ¡Hay que escoger!

12. *"Los políticos no os dicen cómo debéis cuidar, os dicen cuánto podéis gastar" (...)* *"¿Con qué derecho? Con el derecho del pueblo soberano, el derecho del que decide, es lo que se llama democracia, y el derecho del que paga"*.

Que yo sepa, ni los médicos ni los enfermos cuestionan la democracia, aunque esta lección de civismo sería bienvenida si durante la campaña presidencial se hubiera oído hablar de la salud y de la reforma de los hospitales. Sólo se oyó hablar de las franquicias médicas, no igualitarias porque afectan más a los enfermos que a los sanos, más a los enfermos graves que a los enfermos poco graves, más a los pobres que a los ricos. Además, el gobierno ha inventado una justificación asombrosa: ¡las franquicias servirán para pagar el plan Alzheimer, el plan cáncer y los cuidados paliativos de fin de vida! Me habría gustado conocer la opinión de André Comte-Sponville sobre esta triple pena: 1ª pena = yo estoy enfermo; 2ª pena = yo pago; 3ª pena = yo pago para las otras enfermedades y para su prevención. Cuando nos dice que *"el dinero que gastáis, no es vuestro dinero, no estáis en una lógica de generosidad, cuidar no es vuestro deber, es ante todo vuestro oficio"*, olvida sólo que este oficio es también un deber, y que por eso mismo muchos de nosotros no contamos nuestro tiempo y damos mucho más de lo que recibimos. A la vista está que el debate sobre los valores, que parecía tan importante durante la campaña presidencial francesa, era sólo una filfa, de igual manera que *"el caluroso saludo del que está a cubierto en la retaguardia"* son sólo buenas maneras. El profesor agradecido, modesto, prudente, se dedica a dar lecciones, o a dar órdenes: *"haced vuestro trabajo y cerrad el pico"*.

13. En fin, *"el hospital es un lugar trágico porque os confrontáis a dos lógicas, ambas legítimas, la lógica moral (la salud no tiene precio) y una lógica económica (la salud tiene un coste)"*.

Es lo que está inscrito en el código deontológico: debemos cuidar a los pacientes, aunque al menor coste posible, según la fórmula del "cuidado justo al coste justo". Tenemos por tanto un doble deber: un deber de cuidados y un deber de economías. Pero la lógica que hay que discutir, y que Comte-Sponville escamotea, es la lógica del beneficio. ¿La salud debe ser un *business*? El 23% de las hospitalizaciones en Francia tienen lugar en clínicas con fines lucrativos. Estas clínicas pertenecen sobre todo a consorcios internacionales dependientes de fondos de inversiones, que exigen una tasa de rentabilidad financiera superior al 15%. La Générale de Santé está rescatando las clínicas de la Cruz Roja, Blakstone ha comprado 40 clínicas este verano. Benetton invierte en la salud. Air Liquide y Nestlé ya están implantados. Todo el mundo se prepara para una jugosa privatización. ¿Qué dice sobre esto el filósofo?

Nada. Habla sólo de las decisiones individuales de la medicina liberal. Es verdad que ya no se puede repetir sin matices la vieja utopía de "a cada cual según sus necesidades", pero ¿se puede sustituirla sin miramientos por la cínica fórmula de "a cada cual según sus medios", aunque se esté resignado y aunque se tenga medios?

¿La igualdad de acceso a los cuidados médicos se ha vuelto un concepto subversivo? El antiguo secretario general de Force Ouvrière, Marc Blondel, conocido por su guasa, utilizaba esta fórmula que nos parece expresar la aspiración profunda de los ciudadanos de la vieja República *sans culotte*: "Acepto ganar menos que el Baron Sellieres, pero quiero ser atendido tan bien como él". André Comte-Sponville, por empatía hacia nuestras dificultades para tragar la píldora de la reforma hospitalaria, seguramente nos ha querido animar y aportarnos el testimonio de un filósofo que ha debido tragar muchas otras. Se lo agradecemos, pero sentimos tener que decirle: "¡No vale!"

André Grimaldi es jefe del Servicio de Diabetología del CHU Pitié-Salpêtrière de París y autor del libro *Reinventer l'hôpital public* (Reinventar el hospital público, Textuel, París 2005).
