

Recibido: 03.11.04
Aceptado: 14.12.04

Justicia en la empresa sanitaria*

Autor: Jesús Conill Sancho
Universidad de Valencia

Resumen

El marco en el que se ejerce la medicina ha cambiado en la actualidad en un doble sentido, se ha ampliado el ámbito de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud y estas actividades se ejercen en el marco de organizaciones y empresas sanitarias. Es en este doble ámbito donde se plantea la cuestión de justicia en la sanidad.

Palabras clave: profesionales medicina, empresa sanitaria, justicia.

Abstract

The exercise of the medical act has changed recently in two ways, first the professions involved in the health care field have increased in number, and the medical activity is conducted within the framework of business firms. It is in this context where the question of justice in health care arises.

Key words: Medical professions, health care business firm. Justice.

* Este estudio se inserta en el Proyecto de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico HUM2004-06633-C02-1/FISO, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia y Fondos FEDER, y en los proyectos del Grupo I+D+I 03/179 de la Generalidad Valenciana.

Desde antiguo, al menos dentro del modelo hipocrático de la medicina, tenía pleno sentido hablar de la “justicia médica”. Pero los tiempos modernos -y sobre todo contemporáneos- han ido cambiando el marco en el que se ejerce la medicina en un doble sentido. Primero, por haberse ampliado el ámbito de profesiones que se dedican al cuidado de la salud y a las que se suele denominar como profesiones sanitarias. Pero, en segundo lugar, porque las actividades de todos estos profesionales se ejercen cada vez más en un nuevo marco, el de organizaciones y empresas sanitarias, ya sean de carácter público-estatal o privado.

Así pues, cuando se plantea la cuestión de la justicia en este nuevo ámbito, no hay que limitarse exclusivamente a los médicos, sino que ha de ampliarse a todo el personal sanitario. Pero, sobre todo, se debe incorporar también la reflexión sobre el modo específico de ejercer la profesión en las nuevas formas de organización y empresarialización, dentro de las que se determina la financiación y la gestión de los recursos sanitarios¹. Y a ello se debe que se haya ido generalizando en la conciencia actual la necesidad de plantear las cuestiones sanitarias desde la perspectiva económica y, por tanto, desde una “ética económica y empresarial”².

I. Justicia en la sanidad

Desde el momento en que la medicina pasa a ser asunto público y, en concreto, cuando los estados sociales en forma de estados de bienestar incrementan los gastos sanitarios de modo acelerado y alarmante, es decir, al convertirse la salud en un problema público, cuando antes era una cuestión privada, la asistencia sanitaria pasó a ser un asunto de justicia social en lo que toca a la distribución y asignación de los recursos sanitarios³.

Ésta fue una de las novedades de los estados de bienestar, que pusieron en marcha cierta redistribución de bienes en virtud de derechos sociales, entre los que cuenta la asistencia sanitaria como una exigencia de la justicia social. La política sanitaria se considera como un capítulo de las políticas sociales, ya que el estado debe cuidar de la protección de la salud, es decir, no sólo impedir que alguien atente contra ella, sino también proteger el derecho a la asistencia sanitaria.

Es lo que hicieron los sistemas de seguridad social de Alemania (con Bismarck), Gran Bretaña (con Beveridge) y Suecia, sistemas que luego se generalizaron en Europa y que tuvieron un relativo desarrollo en USA con el “Medicare” y el “Medi-

¹ Vid. Jesús Conill, *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*, Tecnos, Madrid, 2004, especialmente Parte IV: “Economía ética de la empresa sanitaria”.

² Adela Cortina, Jesús Conill, Agustín Domingo, Domingo García-Marzá, *Ética de la empresa*, Trotta, Madrid, 1994; Jesús Conill, “Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión”, en Javier Gafo (ed.), *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1999, pp. 113-133.

³ Diego Gracia, *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema, 1989.

caid”. La protección de la salud como un derecho social se generalizó y la asistencia sanitaria se convirtió en una prioridad de los estados del bienestar.

Dede un punto de vista ideológico, es verdad que cierta tradición liberal se negó a aceptar que exista un derecho moral a la “asistencia sanitaria”, basado en la idea de “justicia social”. Es el caso de H.T. Engelhardt⁴, quien en último término acepta la concepción de F.A. Hayek, según la cual en el contexto de la economía moderna (entendida -para ser precisos- como “*katallaxia*”)⁵ no tiene sentido el concepto de “justicia social” y, por tanto, tampoco es aplicable al ámbito de la economía de la salud. Pero no todas las formas de liberalismo han defendido estas posiciones, sino que existe una larga tradición de “liberalismo social”⁶, que ha desarrollado una profunda reflexión sobre el derecho a la salud y a la “asistencia sanitaria” por razones de justicia social y económica.

Este *liberalismo social* converge con la tradición *socialista democrática y liberal*, que pretende evitar que la financiación privada de la sanidad aumente las desigualdades injustas y la falta de equidad social. Se trata de superar el conflicto entre libertad e igualdad mediante una nueva concepción social-liberal o liberal-social de la justicia, que justifique una efectiva protección pública de los derechos económicos y sociales y, entre ellos, la asistencia sanitaria.

Este derecho, exigible por razones de justicia social, es el que han defendido a partir de la teoría de la justicia de Rawls, aunque con variantes bastante significativas, autores como Norman Daniels, Amartya Sen y Michael Walzer. La salud se considera aquí como un “bien primario” para la persona, del que deriva un deber social, puesto que es un bien que “todos deberían tener” para poder llevar adelante un “plan racional de vida”; es, pues, una de las “capacidades mínimas” para ser “miembro cooperante de la sociedad” y para tener la oportunidad de ejercer una “libertad real”⁷.

En ningún caso puede confundirse esta exigencia moral de justicia con la basada en la “utilidad pública”, que inspiró la versión keynesiana del “estado del bienestar”. Desde esta perspectiva, los “derechos” implicados en la noción de justicia dependen de lo “económicamente útil”, de donde se sigue una visión economicista y bienestarista de la sanidad⁸. Ése fue el caldo de cultivo de la “medicina del bienestar” y su propensión al gasto ilimitado, fruto de una época como la keynesiana, en la que era de “utilidad pública” incrementar el consumo del bien “salud”. No es extraño que al

⁴ H.T. Engelhardt, *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995, cap. 9.

⁵ F.A. Hayek, *Derecho, legislación y libertad*, vol. II: “El espejismo de la justicia social”, Unión editorial, Madrid, 1988 (2ª ed.).

⁶ Jesús Conill, “Ideologías políticas”, en Adela Cortina (dir.), *Diez palabras clave en Filosofía Política*, Verbo Divino, Estella, 1998, pp. 213-258.

⁷ Vid. Jesús Conill, *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*, Tecnos, Madrid, 2004.

⁸ Diego Gracia, *Fundamentos de bioética*, pp. 258 y ss.

cambiar el contexto económico favorable al consumismo, las presuntas exigencias de justicia dejaran de serlo, sencillamente porque no siempre eran tales, sino a menudo expresión de la utilidad económica.

De donde se sigue que cuando entran en crisis los estados del bienestar, sólo podrá mantenerse el derecho a la asistencia sanitaria si se entiende como una auténtica exigencia ético-económica de justicia (y no únicamente de utilidad económica) en el contexto de un “estado social de justicia”⁹.

II. Racionalización económica del gasto sanitario

En efecto, a partir de los años 70 se empezó a revisar la racionalidad de las políticas de bienestar y, entre ellas, las sanitarias, sobre todo por la necesidad de controlar el gasto.

La aplicación a la sanidad de teorías de la justicia, como la que Norman Daniels hace de la teoría de la justicia de Rawls, entendiendo el derecho a la asistencia sanitaria como un “bien primario” subsidiario del principio rawlsiano de “igualdad de oportunidades”¹⁰, exigía determinar cuáles son las necesidades de asistencia médica, ya que es imposible atenderlas todas. De entre las múltiples respuestas, destaca la del denominado “mínimo decente” o decoroso, el intento de determinar unos mínimos de justicia moralmente exigibles, que garanticen la asistencia sanitaria básica igual para todos.

Pero las exigencias de justicia chocaban con la escasez de los recursos, obligando a enfrentarse a los problemas de financiación y gestión de los recursos sanitarios. El crecimiento ininterrumpido y desmesurado de los gastos en sanidad, incluso por encima de la creación de riqueza, y la imposibilidad de contenerlos en una sociedad consumista (también del bien “salud”), hizo pensar que la situación resultaría insostenible. Los economistas acusaron a los médicos y políticos de irresponsabilidad en la gestión de los recursos sanitarios y nació la Economía de la Salud, que se propuso introducir la racionalidad económica en el campo sanitario, ocupado tradicionalmente por el compromiso profesional del médico, orientado por el principio de beneficencia. Los problemas de financiación y gestión irrumpieron con fuerza en el mundo sanitario y la racionalidad económica se convirtió en un ingrediente de la preocupación bioética, precisamente por razones de justicia: es injusto no optimizar el uso de los escasos recursos con que se cuenta. De ahí que los economistas hayan ido imponiendo el análisis económico de “coste/beneficio” o “coste-efectividad” para racionalizar los costos sanitarios. La justicia distributiva debe regirse por la relación “coste-beneficio”, de modo que no hay obligación de hacer algo irracional (en senti-

⁹ Adela Cortina, *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*, Alianza, Madrid, 1997 (cap. III: “Ciudadanía social. Del Estado del bienestar al Estado de justicia”).

¹⁰ Norman Daniels, *Just Health Care*, Cambridge University Press, 1985.

do económico). La racionalidad *económica* nos ofrecería el canon de lo moralmente justo en la distribución de bienes como la salud.

Surgen así nuevas cuestiones para la bioética, referidas a la justicia en el acceso a los servicios sanitarios, a la contención del gasto y la distribución de los recursos: si deben desatenderse otros servicios sociales por atender a los sanitarios, si todo gasto en salud se puede exigir en justicia, si el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria es ilimitado y, si no es así, cuáles son los límites de las prestaciones sanitarias, cómo fijarlos y conforme a qué “prioridades”¹¹. El planteamiento de estas cuestiones ha hecho que economistas y gestores hayan entrado masivamente en el sistema sanitario, con la convicción de que pueden introducir una racionalidad económica y gestora, de la que carecen los profesionales sanitarios. Si los gastos tienden a aumentar por diversos factores (universalización de las prestaciones, calidad de vida, definición desproporcionada de la salud, expectativas casi infinitas de la gente ante la medicina, constante innovación tecnológica, presión de intereses industriales, prolongación generalizada de la vida con medios extraordinarios, etc.)¹², parece necesario racionalizar en el sentido de “economizar”.

III. Las empresas sanitarias

Tras una etapa de expansión y desarrollo acelerado del gasto sanitario (años sesenta y setenta) y otra de contención o reducción de costes (años ochenta), es preciso hacer frente a una nueva situación, en la que ha de primar la evaluación de las prácticas clínicas y la responsabilidad empresarial y profesional¹³. Especialmente porque la gestión del bien “salud” y la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes se vive cada vez más en un medio hospitalario, administrado por alguna entidad estatal o bien convertido en empresa sanitaria, pero en cualquier caso esas instituciones deben estar estrechamente relacionadas entre sí, porque lo verdaderamente decisivo es enfrentarse a la nueva situación.

III.1. Cómo hacer más eficiente el sistema sanitario público

Algunas deficiencias graves de los sistemas sanitarios, como el descontrol del gasto y la ineficiencia en la gestión y en la política sanitaria, llevan a pensar a algunos

¹¹ Diego Gracia, “Ética y ciencias de la salud”, en *Debate sanitario*, Fundación BBV, pp. 133 y ss. Vid., por ejemplo, *Priorities in health care. Ethics, economy, implementation*, Final report from the Swedish Parliamentary Commission, Stockholm, 1995 (agradezco a J.M. Freire haberme facilitado esta publicación).

¹² Cfr. *Las metas de la medicina: establecer nuevas prioridades*, Suplemento de The Hastings Center Report, noviembre-diciembre de 1996.

¹³ Vid. P. Monràs, “El liderazgo clínico en las instituciones sanitarias”, *Todo Hospital* (nº 152, diciembre 1998, 727-732); J.M. Freire, “Introducción” a *Reformas sanitarias y equidad* (Fundación Argentaria, 1997); R. Saltman, “Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad” y “Globalización y futuro de la financiación pública de los servicios sanitarios”, en *Reformas sanitarias y equidad* (Fundación Argentaria, 1997).

economistas de la salud¹⁴ que la estrategia del cambio ha de consistir en lograr mayor eficiencia, pero manteniendo un nivel adecuado de equidad, es decir, en conjugar eficiencia y equidad. El procedimiento exige establecer límites al crecimiento del gasto sanitario y al contenido del derecho a la protección de la salud, diseñando formas organizativas compatibles con el incentivo a la eficiencia.

Junto a compromisos para contener el gasto en el modelo de financiación de la asistencia sanitaria¹⁵, se necesita una nueva cultura de gestión, frente a la tradicional de administración, capaz de introducir nuevas formas de organización en los hospitales, sean organismos autónomos o empresas públicas¹⁶. Entre los aspectos más importantes para llevar a cabo las alternativas organizativas que mejoren la gestión sanitaria podríamos citar: 1) los nuevos sistemas de información para la gestión, 2) el papel de los contratos y de los incentivos, y 3) sobre todo un cambio axiológico, un cambio de actitudes y de mentalidad, capaz de configurar una “cultura de la eficiencia”, incorporando a los profesionales en un proyecto empresarial, porque para “ser ético” hay que ser justo y, por tanto, hay que “ser eficiente”, tanto a través de los procedimientos de la empresa privada como de la pública.

Ahora bien, no todos los resultados de la cultura de la gestión puede decirse que sean positivos, al menos, tal como se ha asumido hasta el momento, sino que un conjunto de consecuencias negativas se han seguido de ella.

El incremento de la provisión privada y la desregulación del sector sanitario público, así como las nuevas formas de gestión (titularidad pública y gestión empresarial privada) pueden lograr más eficiencia en la reducción de costos, pero no siempre se ha mantenido la calidad necesaria; además, la rentabilidad económica puede ir en detrimento de la justicia. Por otra parte, la experiencia internacional, sobre todo de USA, aconseja prudencia, ya que de la introducción de ciertos modelos se derivan consecuencias indeseables como el crecimiento de la judicialización de la medicina y de la “medicina defensiva”, que a su vez aumenta los gastos, además de producir un deterioro irreparable de las relaciones tradicionales entre los profesionales sanitarios¹⁷.

Las alternativas organizativas en busca de la mejor gestión de los servicios sanitarios¹⁸, como DRG (Diagnostic Related Groups) y los HMOs (Health Maintenance Organizations), no siempre consiguen sus objetivos¹⁹, porque aunque reducen costos,

¹⁴ J. Cabasés, “El sistema sanitario español en la encrucijada”, Informe SESPAS 1995; “Los costes asistenciales. Catálogo de prestaciones sanitarias”, Fundación BBV, noviembre, 1996.

¹⁵ Por ejemplo, en 1994 se acordó establecer el crecimiento del PIB como límite del crecimiento del presupuesto sanitario.

¹⁶ Vid. J. Martín y J. Cabasés, “Cambios en la Gestión Sanitaria”, Informe SESPAS 1995.

¹⁷ Vid. M. Sánchez (ed.), *El sistema sanitario en España*, Libros de la Catarata, Madrid, 1996.

¹⁸ J. Lancho de León, “Prestaciones y coste por procesos”, en *Debate sanitario*, Fundación BBV, pp. 389 y ss.; F. Lobo, “Intervención y mercado: Reforma sanitaria y medicamentos”, en *Debate sanitario*, Fundación BBV, pp. 323 y ss.

¹⁹ Y también aquí habrá que evaluar teniendo en cuenta su ejecución y no sólo los objetivos nominales.

sin embargo la elección de los usuarios es limitada y las intromisiones en la práctica clínica de los profesionales dificulta su libre desarrollo.

Por tanto, no existe acuerdo en que la introducción del mercado y de la iniciativa privada en los servicios hospitalarios haya dado resultados muy positivos, sino que aumenta los costes burocráticos, genera conflictos entre el interés por la salud y el del mercado, deteriora el espíritu de cooperación, provoca una reducción de las prestaciones y la calidad, desmoraliza a los profesionales y favorece la mercantilización e industrialización de los servicios. En resumen, no ha conseguido mayor eficiencia y equidad.

III.2. Inconvenientes de la mercantilización de la sanidad

Es habitual aludir con el término “medicina gestionada” (*managed care*) a los diferentes modos de introducir el mercado y la empresa en la sanidad, lo cual puede ser necesario, pero siempre que quede bien claro cuáles son los costes, a costa de qué se hace, porque puede haber costos que rebasen todo precio y pongan en peligro justamente las metas que dan sentido a la actividad sanitaria, valores éticos que marcan el límite de lo moralmente aceptable.

Indudablemente la economía y la gestión empresarial han tenido un papel muy relevante en el desarrollo de la medicina contemporánea, e igualmente indudable es que la justicia sanitaria exige la eficiencia, pero el giro favorable al mercado y la privatización para contener el gasto, tal como se ha producido, tiende a convertir la medicina en una *mercancía* y pone en peligro valores sustanciales -valores éticos- de la sanidad²⁰.

En este sentido, importa averiguar si las innovaciones de la gestión empresarial destruyen la relación fundamental de confianza entre el médico y el paciente. Si el médico se convierte en gestor de recursos y en controlador del gasto sanitario, y si se establecen incentivos y sanciones proporcionales al ahorro o al gasto, cabe sospechar que el médico se verá obligado a actuar como un “agente doble”, que ha de mirar tanto por las necesidades del paciente como por reducir los gastos sanitarios²¹. Surgen así conflictos entre la medicina gestionada y las tradiciones éticas médicas, tanto hipocrática como liberal, que han primado la atención al paciente, ya sea dando prioridad a su bien (desde el principio de beneficencia), ya sea dándosela a su voluntad (desde el principio de autonomía). Por eso, si la medicina gestionada quiere

²⁰ Vid. *Limitación de Prestaciones Sanitarias*, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles Ediciones, Madrid, 1997.

²¹ A.G. Spagnolo et alii, “El papel del médico en la distribución de los recursos en el campo sanitario”, en *Distribución de Recursos escasos y Opciones sanitarias* (Fundación Mapfre/Institut Borja de Bioética, Barcelona, 1996, pp. 47-56); E.D. Pellegrino, “El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía”, en *Limitación de prestaciones sanitarias* (Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles Ediciones, Madrid, 1997, pp. 22-42); M. Siegler, “La relación médico-paciente en la era de la medicina gestionada”, en *Limitación de prestaciones sanitarias*, pp. 44-64.

actuar por razones de justicia, por razones éticas, habrá de evitar destruir valores propios de las profesiones sanitarias, como es el caso de la confianza en las relaciones terapéuticas. Porque si desvirtúa estas relaciones, convirtiendo a los profesionales en “agentes dobles”, o incluso triples, como ocurre en las tramas de espías, de modo que se ven forzados a vivir en un permanente “conflicto de lealtades” (al bien y/o voluntad del paciente, a la Administración pública y a los incentivos económicos), entonces se estarán corrompiendo las relaciones profesionales, lo cual a su vez va en detrimento de la eficiencia sanitaria. No todo consiste en reducir el gasto, sino que, para que la gestión sea legítima y justa es preciso saber por qué, cómo y para qué.

Es verdad que la justicia exige la eficiencia, pero no lo es menos que debería tratarse de una eficiencia requerida por la justicia y no de una presunta eficiencia ajena a toda perspectiva de justicia. Si la medicina gestionada pretende ser un modo de organizar la sanidad, será preciso averiguar si se mueve sólo por el afán de reducir costos, o si realmente es éste un medio de lograr mayor justicia social y equidad en el ámbito sanitario. De donde se sigue que para evaluar éticamente el modelo de medicina gestionada es preciso tener claros los fines de la medicina y la jerarquización funcional de la gestión como medio para lograrlos y, ya que hay diversas formas de medicina gestionada, optar por aquella que sea capaz de conjugar racionalidad económica y justicia. En la empresa sanitaria esto significa plantear si es posible -y cómo- ampliar el horizonte de la *profesionalización* a los problemas socioeconómicos y de gestión, buscando nuevas fórmulas de *empresa ética*²², que incorpore sus fines propios como bienes internos en un enfoque institucional de responsabilidad social de la empresa.

Conviene recordar que la empresa sanitaria es una organización e institución que se legitima socialmente a partir de fines objetivos o intersubjetivos (curar y cuidar), y no por ser un mero negocio. De ahí que urja aclarar si el sistema de gestión que emplea la empresa privada es el más apropiado para lograr la eficiencia en la empresa que tiene como fin un bien público, o bien si las empresas públicas podrían perfeccionarse desde la perspectiva propia del servicio de bienes públicos. Indudablemente esto implica una profunda reforma de la Administración pública, en pro de unos servicios públicos eficientes. Porque, a fin de cuentas, ¿por qué lo público ha de privatizarse para hacerse eficiente? ¿No es posible una gestión pública eficiente?

III.3. Más allá de la empresarización economicista

La sola expresión “empresa sanitaria” introduce un principio de inquietud entre los profesionales de la sanidad, porque “empresarizar” una actividad parece consis-

²² A. Cortina/J. Conill/A. Domingo/D. García Marzá, *Ética de la empresa*, Madrid, Trotta, 1994; A. Cortina (dir.), *Rentabilidad de la ética para la empresa*, Madrid, Fundación Argentaria/Visor, 1997; J.M^a Lozano, *Ética y empresa*, Madrid, Trotta, 1999.

tir en quitarle su sustancia profesional y convertirla en otra cosa. Sin embargo, esto no es así necesariamente, sino que depende totalmente de la teoría económica y empresarial que inspira las reformas.

Los tiempos del economicismo mecanicista han pasado y la empresa no puede entenderse ya como una máquina. El nuevo enfoque contractual de las organizaciones e instituciones ha ido corrigiendo y sustituyendo al economicismo mecanicista, con resultados bastante positivos en el caso de su aplicación también a las empresas sanitarias. Pero, con todo, hasta sus defensores han reconocido honestamente ciertas insuficiencias: el estudio del comportamiento humano dentro de las instituciones (por ej., las sanitarias) debería prestar atención, no sólo a los incentivos y las retribuciones²³, sino a los aspectos morales del comportamiento humano, y debería aprovechar las fructíferas relaciones entre las teorías económicas y las éticas²⁴.

De hecho, desde la teoría económica de la empresa y desde diversas teorías de las organizaciones se insiste cada vez más en la necesidad de entender la empresa como un sujeto moral con responsabilidad social²⁵. La necesidad de armonizar los intereses de los “*stakeholders*”, la atención primordial a los recursos humanos, la creciente consideración de la cultura organizativa o corporativa, la importancia del liderazgo y del management comunicativo, la responsabilidad por el entorno social, son algunos ejemplos de las innovaciones a las que ha tenido que recurrir la propia teoría económica de la empresa y la teoría de las organizaciones, y que rebasan con mucho el enfoque economicista (neoclásico y contractualista).

Justamente, las ambigüedades y cierto pragmatismo en la forma de llevar a la práctica estas últimas aportaciones han impelido a seguir buscando nuevas formas de organización empresarial en que se respeten los valores básicos de las personas que integran la empresa. Existe una tendencia creciente a optimizar los recursos, pero siguiendo un esquema que está más allá del contractualismo economicista, basándose principalmente en “compromisos creíbles”, cuya esencia es la confianza. Desde relevantes teorías de las organizaciones se insiste en que lo fundamental para innovar y optimizar los recursos humanos es lograr un “clima de confianza”²⁶.

²³ J. Martín y M^a del Puerto López del Amo, *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*, Junta de Andalucía/EASB, Granada, 1994.

²⁴ Vid. Jesús Conill, *Horizontes de economía ética*. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen, Tecnos, Madrid, 2004.

²⁵ Ch. Lattmann y S. García-Echevarría, *Management de los recursos humanos en la empresa*, Madrid, Díaz de Santos, 1992; H. Steinmann y A. Löhr, *Grundlagen der Unternehmensethik*, Stuttgart, 2^a ed., 1994; D. Bell, “Reflexiones al final de una era”, *Claves de razón práctica*, n^o 68, diciembre de 1996, pp. 2-12; P. Ulrich, *Integrative Wirtschaftsethik*, Bern, Haupt, 1997; A. Cortina y D. García-Marzá (eds.), *Razón pública y éticas aplicadas*, Tecnos, Madrid, 2003.

²⁶ V. Pérez Díaz, *Organizaciones innovadoras y flexibles*, Madrid, Instituto de Estudios Económicos, 1992; *La primacía de la sociedad civil*, Madrid, Alianza, 1993, pp. 313 ss.; F. Fukuyama, *Trust. The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, The Free Press, New York, 1995; Adela Cortina (ed.), *Crear confianza*, Trotta, Madrid, 2003; Domingo García-Marzá, *Ética empresarial: del diálogo a la confianza*, Trotta, Madrid, 2004.

Si esto es así en el caso de cualesquiera empresas, tanto más en las “empresas sanitarias”, que cuidan de un bien tan básico para la vida humana como la salud y que tienen que contar con unas relaciones de confianza entre quienes están implicados en ellas, sin las que resulta imposible alcanzar las metas de la actividad sanitaria. La teoría económica neoclásica y la contractual, al estar orientadas por el individualismo metodológico y el modelo del homo oeconomicus, ya sea en su versión mercantil (sumamente abstracta), o bien en la versión institucional o corporativa (más concreta o contextual), no van más allá de una mera “ética de móviles”, de una ética de los incentivos que puede poner en peligro los elementos más básicos de la actividad sanitaria.

Por eso, importa corregir los defectos de una visión economicista de la empresa sanitaria desde esa tradición de corte aristotélico, que tiene en cuenta las metas de la sanidad, sus bienes internos, pero también desde la tradición de corte kantiano, a la que podríamos caracterizar como “universalismo deontológico-eleuteronómico” y que está presente en relevantes éticas contemporáneas de la justicia, que se esfuerzan por precisar unos “mínimos de justicia”, sean los “bienes primarios (J. Rawls), el mínimo decente (N. Daniels), las capacidades mínimas (A. Sen), los mínimos contextualizados en las diversas esferas de la justicia (M. Walzer), los intereses universalizables reconocidos desde la competencia comunicativa (K.O. Apel, J. Habermas). Todo ello requiere una nueva visión de la profesionalidad sanitaria.

III.4. La implicación de los profesionales sanitarios en el nuevo contexto empresarial

Uno de los grandes retos actuales en sanidad es mantener la responsabilidad profesional en el nuevo contexto económico y empresarial de la sanidad²⁷. Lo cual exige optar, no por la economicización (impuesta por el imperialismo económico), ni tampoco por la empresarialización, en el sentido contractualista del individualismo metodológico, sino por una profesionalización sanitaria de nuevo cuño, que incluye a las dos anteriores como dos modulaciones en el contexto de la responsabilidad profesional²⁸.

Ejercer con responsabilidad la profesión sanitaria en tiempos de “medicina gestionada” requiere nuevas tareas y compromisos, porque la medicina gestionada supone la conversión del médico también en gestor y, por tanto, la inclusión del criterio de asignación de recursos entre los objetivos de la actividad clínica del profesional sanitario.

²⁷ Vid. A. Cortina, *Hasta un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad*, Taurus, Madrid, 1998, cap. X y *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*, Alianza, Madrid, 1997, cap. V; A. Cortina/J. Conill (dirs.), *Diez palabras clave en ética de las profesiones*, Verbo Divino, Estella, 2000; Augusto Hortal, *Ética general de las profesiones*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2002.

²⁸ Jesús Conill, *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*, Tecnos, Madrid, 2004, capítulo IV: “Economía ética de la empresa sanitaria”.

A juicio de no pocos, este modo de practicar la medicina lesiona el principio de confianza del paciente en el médico; otros, en cambio, piensan que no necesariamente ha de quebrarse tal relación de confianza, sino que lo que varía es el sentido de la confianza, debiéndose ampliar ésta a las dimensiones económicas del acto médico.

La posible perversión de este modo de organizar la asistencia sanitaria estriba en introducir incentivos que premien sin más el ahorro. En cambio, si se premiara la buena gestión de los recursos como un ingrediente de la buena práctica profesional, que consistiría también en ahorrar cuando es debido y no despilfarrar, no se deterioraría la confianza, sino todo lo contrario, porque el ejercicio organizacional de la profesión sanitaria requiere que se amplíe el espectro de la confianza a la dimensión socio-económica.

Lo perverso es entonces introducir incentivos que gratifiquen sin más el ahorro, sobre todo cuando el médico se beneficia de la resultante reducción de los gastos sanitarios. Ciertamente, este procedimiento es más fácil de controlar por parte de los economistas y gestores, pero es inaceptable desde el punto de vista de la práctica sanitaria, porque destruye la fundamental relación de confianza entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Lo que debe gratificarse e incentivarse es la eficiencia en la buena práctica y gestión sanitarias, pero no el mero ahorro, que puede ser no sólo ineficiente, sino también contraproducente²⁹.

Así pues, no es conveniente una “medicina gestionada” que provoque la mercantilización de la medicina. La necesaria búsqueda de la eficiencia en la gestión de las organizaciones sanitarias no ha de convertir la sanidad en un puro negocio, ni al profesional sanitario primordialmente en un gestor de recursos, sino que es preciso determinar con mucho cuidado el tipo de medicina gestionada que se desea implantar.

Lo más conveniente sería promocionar aquél que armonice las exigencias económicas, las gestoras y las éticas. Y, dado el carácter público y universal de la sanidad española, habría que aprovechar algunos de sus procedimientos para mejorar la eficiencia del sistema sanitario público, evitando que el *managed care* anule o desvirtúe las exigencias de justicia que en último término lo legitiman social y políticamente.

Si la gestión empresarial contribuye realmente a mejorar el servicio sanitario y es compaginable con la búsqueda de la excelencia profesional, entonces puede servir para superar la burocratización y el despilfarro injusto, sin caer sin embargo en la comercialización, gracias a una profesionalización que no renuncia a la excelencia profesional sino que la modula en relación con las nuevas exigencias de los tiempos. Porque la clave del éxito de los servicios sanitarios depende de la implicación de los profesionales tanto en la gestión clínica como en la organizacional (en su caso, de carácter empresarial)³⁰.

²⁹ Diego Gracia, “Ética, salud y servicios sanitarios”, en M^a del Mar García (ed.), *Ética y salud*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998, pp. 11-24.

³⁰ *La ética de las organizaciones sanitarias en los modelos de calidad*, trabajo coordinado por Pablo Simón, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2003/2004.