

LOS FINES DE LA MEDICINA



FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
LOS FINES DE LA MEDICINA - N.º 11 - (2004)

Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas
c/. Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona

Imprime: Gráficas Gispert, S.A. - La Bisbal
Depósito Legal: GI-904-1999

PRESENTACIÓN

Hace unos diez años, el prestigioso centro de investigación en bioética, *The Hastings Center*, de Nueva York, convocó a un equipo de estudiosos internacionales con el objetivo de emprender un ambicioso estudio sobre los fines de la medicina. La hipótesis de trabajo que motivaba el encuentro era poco discutible: el progreso de la ciencia médica y la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas unido a la escasez de recursos para satisfacerlas habían producido un cambio radical que obligaba a pensar de nuevo si entendemos la medicina en sus justos términos. La concepción tradicional de la medicina y los fines derivados de ella responden a unos retos que no son exactamente los nuestros. La ciencia y la técnica tienen unos límites que hay que ir determinando a medida que las circunstancias en que vivimos se transforman. Precisamente, porque hoy la ciencia médica es más potente, hay que plantearse seriamente la pregunta de si debe hacer todo lo que técnicamente puede hacer, si el objetivo de recuperar la salud y evitar la muerte no es ya demasiado simple o irreal. Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica adecuada a dicha condición ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella.

Los fines de la medicina, el documento que elaboró el grupo de investigadores del *Hastings Center*, y que ahora traducimos al castellano, es un intento de desmitificar la medicina, a fin de que el ejercicio de la misma constituya efectivamente un progreso para la humanidad. Para ello, será preciso que la medicina se conciba a sí misma como una actividad que está al servicio de todos, lo que implica que ha de enfrentarse a decisiones complejas y difíciles, muchas veces, trágicas. La medicina está al servicio de todos y no sólo de los ricos ni de las enfermedades minoritarias. Ha de estar motivada no por el orgullo profesional, sino por el beneficio del paciente. Tiene que procurar ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible, no dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparable.

Las sociedades también han cambiado y solicitan de la medicina servicios que eran impensables e inauditos hace no muchos años. Pero no todas las demandas sociales, o de los sectores más poderosos de la sociedad, merecen ser atendidas por igual. Ninguna ciencia, y la medicina no es una excepción, debe ser puesta al servicio de fines intrínsecamente malos. La medicina no puede emplearse en usos moralmente inaceptables, como la tortura o la pena de

muerte. Ha de tener cuidado de no utilizar a los seres humanos para sus propios fines y sin recabar su consentimiento. Ha de ser cauta a propósito de ilusorias mejoras de la naturaleza humana. Ha de impedirle utilizar nuevos conocimientos, como los genéticos, para estigmatizar a las personas. Al tiempo que hay que excluir la utilización de la medicina para fines incorrectos, nos damos cuenta de que otros objetivos, como la planificación familiar o la reducción del dolor y el sufrimiento, han podido beneficiarse de las innovaciones médicas y tecnológicas. Pero las novedades se introducen con dificultad, y muchos de dichos objetivos son, en estos momentos, parte de un debate social que parece no tener fin. Las diferencias culturales, religiosas, ideológicas, hacen que el tratamiento de la enfermedad y las opciones sobre el nacimiento y la muerte no puedan ser contempladas ni discutidas con neutralidad, sino desde puntos de vista marcados por creencias y sentimientos muy arraigados y profundamente discrepantes. El mismo documento sobre *Los fines de la medicina* no se vio libre, tanto en el proceso de discusión como en la redacción final, de los votos particulares de algunos de los investigadores que no pudieron comulgar con todas las ideas vertidas en el mismo. Al final del texto, se expresan las opiniones de tales voces discordantes con puntos concretos del informe.

La novedad fundamental del texto que traducimos es haber podido formular unas nuevas prioridades en la práctica de la medicina. Los fines de la medicina, a finales del siglo XX, deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Han de poner un énfasis especial en aspectos como la *prevención* de las enfermedades, la *paliación del dolor y el sufrimiento*, han de situar al mismo nivel el *curar y el cuidar*, y advertir contra la tentación de *prolongar la vida indebidamente*.

Si tales metas significan una cierta desmitificación de la medicina es porque exigen de ella una cierta modestia. Redefinir la medicina en el sentido propuesto pasa inevitablemente por no cerrar los ojos ante los problemas sociales, políticos y éticos que provoca un uso inadecuado y una concepción equivocada de la misma. A medida que la capacidad de curación de enfermedades antes incurables se hace mayor, es importante que nos convenzamos de que el poder de la medicina no es absoluto. Su ámbito propio –se lee en el texto– “es el bien del cuerpo y de la mente, y no el bien completo de la persona, al que sólo puede contribuir como un factor más, e incluso en ese caso, únicamente en determinados aspectos de la vida”. La tendencia, evidente en las sociedades desarrolladas, a medicalizar todos los problemas debe ser corregida. Como también hay que entender que el debate de la sanidad no debe limitarse a un debate sobre

los sistemas sanitarios. Además de los aspectos, económicos y políticos, importantísimos pero no únicos, existe la pregunta ineludible sobre *los fines de la medicina*. Qué hay que hacer y cómo hay que actuar para que la medicina no se traicione a sí misma, pues “una medicina que procura ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa debe reflexionar constantemente sobre sus fines”.

Con la traducción de este documento, la Fundación Víctor Grífols i Lucas quiere poner de manifiesto la calidad y el valor de su contenido para los objetivos que articulan las actividades de la Fundación, así como favorecer y contribuir a su difusión entre todos aquellos que se mueven en la órbita de las llamadas “ciencias de la salud”. El ejercicio reflexivo sobre las propias prácticas no es un hábito de nuestro tiempo caracterizado por el pragmatismo y la rentabilidad económica, pero es una condición necesaria para poner el conocimiento al servicio de la sociedad y de las personas.

Victoria Camps
Presidenta

LOS FINES DE LA MEDICINA

El establecimiento de unas prioridades nuevas

UN PROYECTO INTERNACIONAL DEL HASTINGS CENTER

Agradecemos al Hastings Center de Nueva York la autorización para traducir y editar el contenido de esta publicación.

SUMARIO

	<u>Pág.</u>
Los desafíos a los fines tradicionales de la medicina	18
Los focos de tensión	21
Medicina y sociedad	29
La determinación de los fines de la medicina	35
Los fines erróneos de la medicina y el uso incorrecto del conocimiento médico	48
Objetivos prácticos y sus implicaciones	54
El futuro	69
Discrepancias	74
Epílogo	75
Resumen	76

PRÓLOGO

El presente informe se ha elaborado a partir de un proyecto centrado en el estudio de los fines de la medicina a la luz de sus posibilidades y problemas contemporáneos. ¿Qué lugar ha ocupado hasta ahora la medicina?, ¿qué dirección debería tomar?, ¿cuáles habrían de ser sus prioridades futuras? Estas cuestiones, de suma importancia y dificultad, son las que ocuparon a un grupo internacional de trabajo durante cuatro años, cuyos resultados se ven ahora plasmados en el presente informe. Si bien no hubo total acuerdo entre los participantes en cada uno de los puntos abordados, lo que sigue representa el consenso general. El grupo hubo de superar sus diferencias a la hora de definir las cuestiones más importantes y, más adelante, para alcanzar un acuerdo amplio con respecto a las mismas. Los catorce países representados crearon cada uno su propio equipo de trabajo para analizar los distintos temas no sólo en el contexto internacional, sino también dentro del propio ámbito nacional. Los coordinadores de los grupos nacionales formaron equipos multidisciplinarios que, en casi todos los casos, reunieron a profesionales de la medicina, la biología, el derecho, la filosofía, la teología, la política sanitaria, la administración, la política general y la salud pública. Con el *Hastings Center* como coordinador de la iniciativa, y a partir de una lista general de cuestiones y problemas cruciales previamente acordada, los grupos nacionales elaboraron cada uno su propio programa de trabajo. Los coordinadores de los grupos se reunieron tres veces en Praga para contrastar sus conclusiones y contribuir a la preparación de este informe. Los coordinadores (cuyos nombres figuran al final del informe) expresan en estas páginas sus opiniones personales y las de los grupos a los que representan, y no las de sus respectivos países u organizaciones.

Recibimos la asistencia de varios funcionarios de la Organización Mundial de la Salud, quienes pusieron a nuestra disposición sus ideas y conocimientos expertos en cuestiones de salud internacional. Si bien no podemos sostener que todos los posibles puntos de vista, nacionales e internacionales, hayan quedado reflejados en este informe, la diversidad que representan los catorce países y sus grupos de trabajo incrementa las posibilidades de que hayamos tratado las cuestiones más importantes. Los países participantes fueron: Alemania, Chile, China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Holanda, Hungría, Indonesia, Italia, el Reino Unido, la República Checa, la República Eslovaca y Suecia.

Además de la preparación de este informe, el proyecto *Los fines de la medicina* comprende la elaboración de una colección de estudios académicos y la

celebración de una serie de conferencias nacionales sobre el tema y de una conferencia internacional que tendrá lugar en Nápoles en junio de 1997. El grupo de Suecia ya ha publicado su propia colección de estudios; en Alemania se ha programado una conferencia para 1997, y en China aparecerá este mismo año todo un libro dedicado al tema. La conferencia de Estados Unidos, celebrada en Detroit en la primavera de 1995, sirvió para presentar el tema al público estadounidense.

La organización del proyecto y su gestión no han resultado sencillas. En los comienzos encontramos un considerable grado de escepticismo acerca del tema elegido. “Demasiado amplio”, “demasiado teórico” y “demasiado ambicioso” fueron algunos de los comentarios que recibimos. Muchos de los participantes iniciales, reclamados para misiones prácticas más inmediatas y urgentes en sus propios países, estimaron que ni ellos ni sus colegas tenían el tiempo o la necesidad de hacerse cargo de cuestiones tan vastas. Sin embargo, una de las grandes satisfacciones de nuestra labor a lo largo de estos cuatro años ha consistido en convencer a la mayoría de los escépticos de que una falta de reflexión en los fines de la medicina podría acabar socavando las bases de las reformas prácticas que necesitan, y que la formulación de preguntas básicas no es simplemente “teórica”, sino enormemente práctica si tenemos en cuenta sus implicaciones.

Queremos agradecer en primer lugar todo el apoyo y la asistencia prestados por Irene Crowe y la Fundación Pettus-Crowe. La doctora Crowe ha tenido una gran fe en este proyecto, en cuya realización ha invertido una gran cantidad de tiempo y dinero. Los doctores Philip Wagley y Samuel Klagsbrun también nos brindaron una gran ayuda, al igual que Bea Greenbaum. Las fundaciones Nathan Cummings e Ira W. De Camp también nos prestaron su preciosa asistencia. Asimismo, deseo agradecer personalmente a los coordinadores de los grupos nacionales, que han invertido tantos esfuerzos en formar sus equipos respectivos y en mantenerlos íntegros, a la doctora Eva Topinková y sus colegas de Praga, que ayudaron en la organización de los tres encuentros allí celebrados, a Bette Crigger y los demás redactores del *Hastings Center*, que trabajaron con ahínco en la publicación de este informe, al doctor John Burrows, que organizó nuestro encuentro en Detroit, a los doctores Maurizio Mori y Riccardo De Sanctis, responsables de la próxima conferencia que se celebrará en Nápoles en 1997, y a todas aquellas personas que a lo largo del camino compartieron con nosotros sus ideas y pensamientos.

Por último, quiero agradecer a mis colegas Mark Henson y Erik Parens su aportación intelectual y organizativa y la asistencia complementaria de Bruce

Jennings, James Lindemann Nelson, Philip Boyle y Joseph Fins, por sus provechosos comentarios y acertadas críticas. Los doctores Arnold S. Relman, Kerr White y Alexander Leaf nos concedieron el privilegio de sus muchos años de reflexión acerca de la naturaleza de la medicina.

Daniel Callahan
Director del proyecto
Los fines de la medicina

LOS FINES DE LA MEDICINA:

El establecimiento de unas prioridades nuevas

La vida humana ha experimentado pocas transformaciones tan grandes como las causadas por las ciencias biomédicas y la práctica de la medicina. La esperanza de vida se ha visto prolongada de manera espectacular; toda una gama de enfermedades infecciosas ha sido prácticamente eliminada; las anomalías genéticas pueden ser detectadas en el útero; se puede trasplantar órganos, controlar la reproducción, aliviar el dolor y rehabilitar el cuerpo humano hasta un punto inimaginable hace tan sólo un siglo. Si a los avances en el terreno de la biomedicina se les suman aquellos cambios más amplios experimentados en muchas partes del mundo a partir de las mejoras en el estado de la alimentación, el agua potable, la vivienda y la seguridad, tenemos como resultado una profunda transformación en la vida de los seres humanos. Esta transformación ha cambiado nuestra forma de pensar sobre las antiguas amenazas de la enfermedad y la muerte. También ha cambiado, y no en menor grado, la manera en que las sociedades organizan la prestación de asistencia sanitaria.

Sin embargo, estas grandes transformaciones no han aportado todo lo que se esperaba de ellas. El optimismo acerca de la inminente conquista sobre la enfermedad ha resultado vano. Las enfermedades infecciosas, especialmente en los países en vías de desarrollo, no han sido eliminadas, e incluso están reapareciendo en los países desarrollados. Aún persisten las enfermedades crónicas y degenerativas, propias del envejecimiento. Todos los países se enfrentan, política y económicamente, al problema cada vez más arduo de financiar la asistencia sanitaria. Los países desarrollados encuentran mayores dificultades a la hora de costear todas las necesidades y posibilidades médicas que se les presentan. En todas partes crece la necesidad de controlar el gasto y de alcanzar una mayor eficiencia. La idea del progreso ininterrumpido ha tropezado contra obstáculos científicos y económicos en los países más ricos. Los países en vías de desarrollo, que han experimentado grandes avances en la reducción de la mortalidad infantil y el incremento de la esperanza de vida, se enfrentan al interrogante de hasta qué punto deberían emular los modelos de los países desarrollados, basados en tecnologías caras y sofisticadas y sistemas de salud complejos y costosos. En casi todos los países crece la preocupación acerca del futuro de la medicina y la asistencia sanitaria de cara a realidades como el envejecimiento de la población, la rapidez de los cambios tecnológicos y el constante incremento de la demanda. La aparición de un poderoso movimiento

hacia la autodeterminación de los pacientes y en favor de una medicina más equitativa constituye el trasfondo moral de estas transformaciones.

La respuesta más común a estos problemas ha sido de naturaleza esencialmente técnica o mecánica. Se perciben y abordan como si se trataran de una crisis administrativa y organizativa que reclama reformas en los métodos de financiación y prestación, en cambios políticos y burocráticos y en más investigación y mejores mecanismos para evaluar las tecnologías médicas. El discurso reformista suele estar dominado por debates acerca del papel del mercado, la privatización, la existencia o carencia de incentivos, el control del gasto y el análisis coste-beneficio, los métodos de deducciones y pagos compartidos, la variedad de planes presupuestarios y organizativos y las ventajas y desventajas de la centralización y la descentralización. Como respuestas al problema son comprensibles, e incluso valiosas, pero resultan insuficientes, pues se centran principalmente en los medios de la medicina y la asistencia sanitaria, y no en sus fines y objetivos. Irónicamente, el vigor del debate técnico ha servido para enmascarar la pobreza del debate sobre las metas y el rumbo de la medicina.

La premisa de la que partimos en nuestro estudio es distinta: los fines de la medicina y no solamente sus medios están en tela de juicio. Con demasiada frecuencia parece darse por supuesto que los fines de la medicina son obvios y se sobreentienden, y que sólo es necesario aplicarlos con sensatez. Creemos, sin embargo, que ha llegado la hora de replantearnos dichos fines. Sin tal reflexión, los diversos programas de reformas que se llevan actualmente a cabo en todo el mundo podrían fracasar completamente o bien no alcanzar todo su potencial. Las presiones económicas a las que está sometida la medicina suponen un gran incentivo a dicho replanteamiento. La gran expansión del conocimiento y la comprensión de la medicina, y los problemas y las posibilidades sociales, morales y políticos que comporta son otro incentivo de igual importancia.

LOS DESAFÍOS A LOS FINES TRADICIONALES DE LA MEDICINA

Comencemos abordando el problema de la definición. Según el uso común del término, la medicina se puede definir como “el arte y la ciencia del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y la conservación de la salud” (*Medical Dictionary*, Dorland). Pero esta definición convencional no capta toda la riqueza de la medicina con sus muchas dimensiones. Así como la medicina tiene fines explícitos e implícitos, también la actividad médica comprende el trabajo de muchos profesionales no facultativos: enfermeros, técnicos de laboratorio y fisioterapeutas, por ejemplo. En modo alguno resulta sencillo comprender toda la complejidad de la medicina moderna en un solo país, con sus objetivos, prácticas, personal e instituciones; aún menos en el mundo. Como era de esperar, los distintos integrantes del grupo aportaron al debate una variedad de historias, experiencias y puntos de vista. Con frecuencia nos llevó tiempo descubrir la existencia de un cierto acuerdo subyacente al caos inicial, al igual que unas interesantes diferencias que invitaban a la reflexión.

Consideremos las cuestiones que ahora nos planteamos sobre determinados fines de la medicina comúnmente aceptados. Un fin tradicional ha sido salvar y prolongar la vida. Pero, ¿qué significa este fin cuando hay máquinas que pueden mantener con vida los cuerpos de quienes en otros tiempos habrían muerto sin más? ¿Hasta dónde debería llegar la medicina a la hora de prolongar una vida que se apaga? Independientemente de la salvación de vidas individuales, la investigación genética ofrece la posibilidad de aumentar de manera significativa el promedio de esperanza de vida. ¿Es este un fin adecuado de la medicina? ¿Se trata de un avance positivo para la sociedad? ¿La medicina es necesariamente enemiga del envejecimiento y la muerte?

Otro fin ha sido la promoción y la conservación de la salud. Pero ¿qué significa esto en una era en la que, incurriendo en grandes gastos, se puede luchar por la salud de recién nacidos de menos de 500 gramos y de ancianos centenarios? ¿Es que no se debe aceptar jamás la enfermedad? ¿Debería variar el significado del término “salud” en las distintas etapas de la vida? ¿Debería ponerse mayor énfasis en evitar la enfermedad, en primer lugar, en lugar de buscar soluciones para una vez que se presenta? La investigación genética está desarrollando formas más sofisticadas de medicina predictiva, pero ¿qué va a significar para una persona conocer desde la niñez su predisposición a desarrollar enfermedades cardíacas de aparición tardía o la enfermedad de Alzheimer?

Un tercer fin tradicional ha consistido en el alivio del dolor y el sufrimiento. ¿Significa esto, como algunos podrían alegar, que la eutanasia y el suicidio asistido por un médico deberían convenirse ahora en una parte aceptada de la medicina? ¿Debería la medicina considerar dentro de su ámbito las preocupaciones de la vida cotidiana, los problemas existenciales, psicológicos y espirituales que la gente enfrenta en su afán de darle sentido a su vida, y tratar de solventarlos con medicamentos y otros remedios médicos? ¿Debería la medicina abarcar cuestiones relativas a la violencia social, los peligros medioambientales y otros aspectos de la vida que, incluso sin causar enfermedades en el sentido tradicional, tienen consecuencias nocivas para la salud? ¿Cuál es el territorio legítimo de la medicina y dónde está el límite de la “medicalización”, o percepción de un problema como médico?

Como vemos, incluso con un análisis superficial de los fines tradicionales de la medicina se ponen de manifiesto unos conflictos y dilemas profundos. Desde la segunda Guerra Mundial la medicina ha experimentado una serie de transformaciones enormes. En el campo de la investigación, consagrada al progreso sin límites, la medicina ha sido enormemente ambiciosa y expansiva, como si estuviera convencida de que con suficiente dinero, energía y rigor científico no habría enfermedades que se resistieran a su remedio. En el plano económico, la medicina se ha convertido en una fuente de dinero, beneficios y puestos de trabajo. En casi todos los países la medicina es ahora una fuerza económica por derecho propio. Políticamente, tanto el coste de la asistencia sanitaria (por encima de las posibilidades de la mayoría de los individuos), como la urgencia con la que se solicita, significa que los entes públicos deben desempeñar un papel importante en su desarrollo y prestación. Por consiguiente, la medicina y la asistencia sanitaria constituyen fuerzas significativas en la política nacional e incluso internacional. Debido a su prominencia científica, económica y política, inevitablemente, los fines históricos de la medicina están expuestos a una enorme influencia del exterior.

El presente informe se centra en los fines de la medicina, no en los del terreno más amplio de la asistencia sanitaria, ni en el trasfondo social y las condiciones económicas que conducen a una buena salud. Hoy en día, se reconoce generalmente que, a lo largo del último siglo, la asistencia médica como tal ha contribuido comparativamente poco a la mayoría de las mejoras más importantes en el nivel general de salud de la población. También se reconoce comúnmente que los esfuerzos dirigidos a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben abarcar otros muchos ámbitos de la sociedad,

fuera de la medicina, como la educación y los medios de comunicación. La asistencia médica se sitúa dentro de los sistemas de salud y éstos, a su vez, dentro de contextos sociales y políticos aún más amplios.

Sin embargo, nos centramos en la medicina porque, dentro del campo de la investigación, los estudios biomédicos constituyen la fuente más importante de conocimiento sobre las causas y el desarrollo de la salud y la enfermedad. El lado clínico de la medicina no se queda atrás en importancia, puesto que el médico es la persona a la que se dirigen los individuos cuando enferman, sea cual sea el origen de la dolencia. Por otra parte, la medicina facilita un valioso conjunto de metáforas para el tratamiento de la salud y la enfermedad; estudia la armonía y la integridad del cuerpo y la mente. La salud de los pacientes individuales es fundamental para la ética y la práctica de la medicina, con lo cual se reconoce la dignidad del individuo. Nos centramos, por último, en la medicina, porque como esfera de actividades origina la mayoría de los costes más elevados de la asistencia sanitaria, así como buena parte de la confusión e incertidumbre en la lucha contra la enfermedad. Reconocemos que la frontera entre la medicina y los sistemas de salud más amplios de los que forma parte no está en absoluto definida. Por este motivo, a lo largo de este informe cruzaremos en ocasiones la frontera que divide ambos terrenos.

LOS FOCOS DE TENSIÓN

Nuevas presiones. Si bien se dan variaciones significativas de un lugar a otro, la medicina se encuentra en general bajo una considerable presión debido a una pluralidad de razones científicas, económicas, sociales y políticas. Esta tensión ha surgido, en parte, a raíz de los éxitos de la medicina, y no de sus fracasos. En la sociedad occidental hay personas que creen en la salud absoluta del cuerpo con un fervor casi religioso, y se afanan en mantener la juventud, la belleza y el cuerpo en perfecto estado. En el extremo opuesto, la capacidad de la medicina para mantener con vida cuerpos gravemente enfermos, incluso cuando la salud se ha perdido irreversiblemente, puede provocar el dilema moral de si se debe o no suspender el tratamiento. El incremento del número de pacientes con enfermedades de tipo crónico es consecuencia indirecta de la capacidad de la medicina para mantener con vida a aquellos que en el pasado habrían fallecido. Y sin embargo, la incapacidad hasta ahora demostrada para encontrar remedio a la inmensa mayoría de las enfermedades crónicas significa que la medicina se ha visto forzada a recurrir a tecnologías intermedias de altísimo coste. El pulmón artificial y la insulina son ejemplos clásicos, pero entre otros casos ilustrativos más recientes encontraríamos también la azidotimidina y otros fármacos empleados en el tratamiento del sida, muchas formas de cirugía cardíaca y la diálisis renal.

Debido precisamente a los grandes progresos ya experimentados por la medicina, ha llegado el momento de preguntarnos cuáles deberían ser *ahora* sus metas. Asimismo, están surgiendo formas nuevas de medicina y asistencia sanitaria que luchan por ocupar una posición de mayor reconocimiento dentro de la profesión y entre el público. Entre estas formas nuevas se encuentra la que a veces se llama medicina “holística”, que aboga por la necesidad de regresar al ideal de integridad; muestran además un gran interés en las formas tradicionales y alternativas de la medicina, un decidido intento por comprender mejor la relación entre la mente y el cuerpo, al igual que nuevos esfuerzos por mejorar los cuidados paliativos, la autoayuda, la promoción de la salud y los cambios en el estilo de vida. En la actualidad, pues, se exige más a la medicina y se exploran a la vez unos horizontes nuevos; pero además, se están agudizando tensiones que vienen de antiguo. Entre las presiones más importantes a la que se ve sometida la medicina contemporánea, señalamos las siguientes:

Los desarrollos científicos y tecnológicos. No se ha dado una evolución tan impresionante en medicina como la que supone la preponderancia de la alta

tecnología, tanto diagnóstica como terapéutica. La formación de los médicos está orientada al uso de la tecnología, las industrias farmacéuticas y de equipamiento médico se dedican a desarrollarla y producirla, y los sistemas de asistencia sanitaria no piensan más que en su empleo y financiación. En muchos casos, el éxito médico de la tecnología se acerca a lo milagroso; se trata de una fuente de orgullo profesional y de admiración por parte del público. Para muchas personas, el hecho de disponer de una medicina de alta tecnología para remediar los infortunios del destino constituye un manantial de consuelo y esperanza; como cabría esperar, este tipo de medicina se valora en los países desarrollados y se anhela en aquellos en vías de desarrollo.

Sin embargo, en conjunto, la tecnología ha encarecido enormemente la medicina y la asistencia sanitaria. Existen tecnologías que suponen ahorros o resultan relativamente baratas, pero muchas otras, probablemente la mayoría, han tendido a incrementar los gastos (con tratamientos que antes no existían, nuevas formas de rehabilitación o de prolongación de la vida o alternativas al abanico de tecnologías disponibles). La tendencia, como ha señalado la Organización Mundial de la Salud, es hacia tratamientos más costosos para enfermedades que afectan a un menor número de personas. Además, muchas de las mejoras en el nivel de salud que brinda la tecnología se dan en los márgenes, aportando unos beneficios relativamente caros (por ejemplo, la quimioterapia para el cáncer, la cirugía a corazón abierto para las enfermedades cardíacas, la eritropoyetina para la anemia asociada a la fase terminal de una enfermedad renal). Muchas tecnologías diagnósticas detectan condiciones que están más allá de todo tratamiento. Además, debido a los grandes progresos experimentados en el nivel general de salud, los nuevos avances están resultando relativamente caros. Como ocurre con los viajes espaciales, las primeras millas se pueden hacer en un avión normal y corriente con unos costes relativamente bajos, pero éstos ascienden a medida que se gana altura y son necesarias unas naves cada vez más sofisticadas. Son pocos los observadores que pronostican que en la primera mitad del siglo XXI se vayan a repetir los espectaculares incrementos en la esperanza de vida que marcaron el siglo XX. La baja mortalidad infantil que se registra en los países desarrollados, y cada vez más en aquellos en vías de desarrollo, avala este pronóstico.

La compensación de las tendencias curativas. Hasta ahora han sido pocos los esfuerzos por suavizar las tendencias curativas que han formado parte de la ideología moderna de la medicina. A pesar de que no existe una contradicción intrínseca entre cuidados y cura, el sesgo hacia la segunda ha tenido con fre-

cuencia consecuencias negativas para los primeros. Las costosas e implacables guerras contra la enfermedad, especialmente contra afecciones mortales como el cáncer, los problemas cardíacos y los ataques de apoplejía, han eclipsado a menudo el hecho de que también son necesarios los cuidados y la compasión ante la muerte. La tasa de innovación tecnológica y su orientación hacia lo curativo han dado lugar a una medicina difícilmente sostenible, especialmente de forma equitativa. Existe un límite a lo que razonablemente se puede pagar, a lo que es factible en términos políticos y a lo que puede soportar un mercado competitivo sin causar grandes sufrimientos y desigualdades. La lucha incesante por el progreso que ha marcado la medicina de los últimos cincuenta años (es decir, esas batallas contra la enfermedad que nunca se consiguen vencer del todo) puede que haya alcanzado en muchos países el límite de lo económicamente posible.

El envejecimiento de la población. Siempre se había pensado que los problemas que acarrea una población envejecida para la asistencia sanitaria se sufrirían únicamente en los países desarrollados; sin embargo, ha dejado de ser así. El envejecimiento de la población es motivo de preocupación en todo país donde desciende la mortalidad infantil, aumenta la esperanza de vida y mejora el nivel de salud en general. En las próximas décadas, en los países desarrollados aumentará el número de ancianos, que como grupo supondrán además un mayor porcentaje de la población total, duplicándose el número de personas de más de sesenta y cinco años, y puede que triplicándose, o aún más, los de más de ochenta y cinco. En los países en vías de desarrollo, si bien la tendencia no es tan acelerada ni tan pronunciada, estas presiones no van a dejar de notarse, como ya ha señalado el Banco Mundial al incluir el envejecimiento de la población como uno de los problemas de mayor importancia a los que se habrán de enfrentar en el futuro estas naciones.

Está demostrado que el envejecimiento de la población en sí no genera automáticamente un aumento descomunal en los costes de la asistencia sanitaria. Lo que cambia verdaderamente las cosas es la combinación de dicho envejecimiento con la intensificación de los servicios médicos, sociales y asistenciales. Incluso cuando se limitan los cuidados médicos caros para episodios agudos en el enfermo de edad avanzada, el coste de un tratamiento prolongado y a domicilio puede ser sumamente elevado. La tendencia general a una mayor aplicación de la medicina de agudos (como la diálisis renal y la cirugía de revascularización coronaria), al menos en el caso de ancianos “jóvenes”, eleva los costes, aunque también aporta beneficios. Las barreras biológicas a la mejora de la

salud de los ancianos, que debido a los progresos ya logrados parecerían ser aún mayores, provocarán forzosamente la aparición de nuevas exigencias, desafíos a la investigación y una mezcla de esperanza y descontento.

El mercado y la demanda del público. Hay quienes opinan que buena parte del progreso de la medicina y de su demanda ha sido impulsada por las exigencias del público, las políticas públicas y las fuerzas del mercado. Los éxitos de la medicina, la fe del público en su eficacia y el aumento de las enfermedades crónicas y las tasas de morbilidad incentivan una mayor demanda de servicios médicos. A estas fuerzas se suma además la influencia cada vez mayor que ejerce el mercado sanitario, que ha potenciado numerosas innovaciones médicas de gran provecho. El mercado responde a la demanda de mayores innovaciones por parte del público y a las aspiraciones profesionales de los médicos, que desean mejorar su atención al paciente, al tiempo que las alimenta. El mercado obliga al sector médico a invertir grandes cantidades de dinero en investigación, a innovar continuamente (condenando a la obsolescencia a productos relativamente nuevos), a buscar beneficios marginales si son lo suficientemente rentables y a promocionar enérgicamente sus productos entre los profesionales médicos y el público en general. En los últimos años, los gobiernos vienen recurriendo cada vez más a la privatización y el mercado para aliviar las presiones económicas a las que están sometidos sus sistemas de asistencia sanitaria.

Por su propia naturaleza, el mercado responde ante todo a necesidades, deseos y preferencias individuales, que no se corresponden necesariamente con el bien común. Aunque las necesidades y preferencias de los individuos y la sociedad en general pudieran coincidir en parte, también es posible que difieran unas de otras. El mercado es un mecanismo que potencia el desarrollo económico en mayor medida que las economías centralizadas; pero las mismas fuerzas del mercado que contribuyen a la prosperidad económica también incrementan los costes y la demanda de una tecnología y una asistencia sanitaria cada vez mejores, generalmente por encima del crecimiento económico. Por otro lado, el mismo mercado puede encontrarse en el origen de la enfermedad y el padecimiento, como ocurre con el caso del consumo de tabaco.

Históricamente, las sociedades con economía de mercado han tenido más problemas para controlar los costes de la asistencia sanitaria que aquellos países con economías mixtas. Del mismo modo, las primeras tienden a ofrecer asistencia de mayor calidad a determinados sectores privilegiados de la población, a menudo dificultando el acceso de los más desfavorecidos a una atención

sanitaria similar. Con demasiada frecuencia, el marcado sesgo del mercado hacia la eficacia genera desigualdad. En los países de la Europa Occidental se ha intentado alcanzar un equilibrio eficaz entre las fuerzas del mercado y de lo público; pero ni si quiera ellos se han librado de las presiones favorables a la privatización de ciertas secciones de sus sistemas de asistencia sanitaria y a la introducción de mecanismos de mercado. Las estrategias de mercado y la privatización de los servicios de salud ocupan un lugar cada vez más dominante en varios países asiáticos e iberoamericanos y en Estados Unidos. Esta evolución suele ir acompañada de un declive en los programas de salud pública y un aumento de las personas sin seguro médico, tanto en números absolutos como en proporción con respecto al resto de la población. Se intensifican las desigualdades y la medicina pierde integridad a merced de las fuerzas del mercado. En cualquier caso, en el sector médico y en los servicios de salud, la economía es un factor tan importante como inevitable. La interacción entre la teoría y la ideología del mercado por un lado y la medicina por otro es una cuestión fundamental aún no resuelta. Los valores y las tradiciones de la medicina, dejados a su suerte, podrían verse muy afectados: la relación de confianza entre médicos y pacientes, los fines altruistas de la medicina y la fe del público en las motivaciones de las instituciones médicas.

Las presiones culturales. La medicina contemporánea es una de las mayores deudoras de la fe de la Ilustración en el progreso científico y de su total entrega al mismo. Dicha fe ha sido un gran estímulo para los avances de la medicina y la mejora de los servicios sanitarios. Otra de sus consecuencias ha sido la creencia en la posibilidad infinita de mejorar la salud, que lleva a esperar unas mejoras constantes en las tasas de mortalidad y morbilidad, así como en los conocimientos biológicos y en las innovaciones tecnológicas. En ocasiones, estas expectativas pueden generar unas demandas excesivas y poco realistas por parte del público. La medicina de “calidad” se entiende a menudo como los diagnósticos y los tratamientos más novedosos y sofisticados del momento, que además se da por hecho que en el futuro serán superados por otros aún mejores. Paradójicamente, el entusiasmo por el progreso no sólo conduce a mayores conocimientos e innovaciones; también provoca el descontento general ante el nivel alcanzado en el presente, que siempre se percibe como insuficiente en comparación con las posibilidades que presenta el futuro. Los inmensos avances en la reducción del número de fallecimientos por cáncer entre la población joven no sirven sino para acentuar la insatisfacción (y las esperanzas) ante la situación de la población de edad avanzada, que aún no ha visto mermada su tasa de mortalidad en estos casos.

Otro valor cultural de gran importancia, especialmente en las sociedades con economía de mercado, es la satisfacción de los deseos individuales. La medicina no se presenta simplemente como instrumento para combatir la enfermedad, como se venía entendiendo tradicionalmente, sino que además abre todo un abanico de opciones y posibilidades para los seres humanos. En muchas ocasiones, como en el caso del control de la natalidad, las ventajas son obvias. Sin embargo, también se amplía el mismo concepto de medicina que, si se estira demasiado, tiende a entenderse como una mera colección de técnicas y verdades imparciales que pueden emplearse de cualquier modo, sin otras limitaciones que las económicas.

La “medicalización” de la vida. El inmenso poder de la medicina para cambiar y modificar el cuerpo humano, para abrir nuevas posibilidades biológicas, ha hecho atractiva la idea de “medicalizar” todos los aspectos de la vida que se pueden percibir de algún modo como problemas médicos. Las expectativas sociales y las posibilidades tecnológicas estimulan el proceso de “medicalización”; es decir, la aplicación del conocimiento y la tecnología médica a problemas que históricamente no se consideraban de naturaleza médica. El problema reside en discernir en qué casos resulta oportuna la “medicalización”. La vida puede ser motivo de infelicidad y de angustias existenciales; pero, ¿deberíamos tratarlas con medicamentos? En las sociedades hay violencia y surgen patologías; pero, ¿corresponde a la medicina aplicar sus conocimientos y técnicas clínicas a su remedio? Si la propia naturaleza humana parece ser imperfecta, ¿deberíamos mejorarla genéticamente? La “medicalización” puede tener además el efecto de alimentar entre el público la expectativa de que, mediante el tratamiento de los síntomas clínicos, la medicina pueda erradicar problemas sociales más amplios. Por otro lado, desde el punto de vista práctico, en lo que concierne a la elaboración de presupuestos y la aceptación popular, los problemas individuales y sociales que se catalogan de “médicos” suelen disponer de más fondos y recursos.

Los programas médicos gozan de mayor aceptación que los de bienestar social, como ocurre con los problemas que se definen como “médicos” en lugar de como cuestiones de delincuencia, pobreza o moral, como podría ser el caso del alcoholismo y la drogadicción. No cabe duda de que, pese a que sea válido distinguir entre los fines principales de la medicina (sus valores fundamentales) y los secundarios (unos beneficios sociales e individuales coherentes con los fines principales), aún queda mucho margen para la confusión. La “medicalización” de aspectos más amplios de la vida humana no sólo genera incertidumbre acerca de la naturaleza y el ámbito propio de la medicina, sino que

además aumenta el coste de la asistencia sanitaria. A pesar de todo, conviene señalar que, en ocasiones, a falta de otras soluciones más adecuadas, con la “medicalización” se manejan problemas sociales que de otro modo resultarían inextricables. Quizá se deba a esto el atractivo que suponen los psicofármacos como una manera de sobrellevar el estrés habitual de la vida moderna.

La mejora del ser humano. La gran frontera de la medicina (y la más utópica) consiste en la mejora del ser humano, empleándose no ya sólo para vencer las patologías biológicas con el fin de restaurar la normalidad, sino para aumentar la capacidad del ser humano; para “optimizar” además de para “normalizar”. Las posibilidades en este sentido han sido, hasta la fecha, limitadas, y aunque puede que no cambie la situación, la idea no deja de resultar atractiva. Los anticonceptivos modernos han hecho posible un cambio radical en el papel de la mujer y en la procreación como parte de la vida. Las mejoras genéticas, además, podrían abrir la posibilidad de manipular rasgos fundamentales del ser humano (como la mejora de la memoria y la inteligencia y la reducción de la violencia), igual que actualmente se puede emplear la hormona de crecimiento para aumentar la altura de quienes, sin ser anormalmente bajos, desean una mayor estatura por razones personales o sociales. Sin embargo, cabe destacar que las posibilidades utópicas de cambiar la naturaleza humana son muy probablemente bastante limitadas, mientras que los avances que se ven como normales en campos como la educación y la farmacología pueden tener un impacto mucho más amplio.

Razones para reformular los fines actuales. La necesidad de cuestionar los fines reconocidos de la medicina no se debe únicamente al hecho de que ésta, al resolver los problemas antiguos, haya generado sin quererlo otros nuevos, ni a sus muchos fracasos y deficiencias, sino a que, de no cuestionarse y no formularse unas metas e ideales nuevos y más adecuados, los sistemas de asistencia sanitaria y el sector médico del cual forman parte sufrirán las siguientes consecuencias:

Serán económicamente insostenibles; con una tendencia a generar medicina demasiado cara, a aumentar la brecha de desigualdad entre ricos y pobres en el acceso a la mejor medicina y a agudizar el problema político que supone para cualquier gobierno la prestación de unos servicios de salud eficaces y de calidad.

Crearán confusión en el terreno clínico; sin encontrar un equilibrio adecuado entre la cura y los cuidados, entre la conquista de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida, entre la reducción de la mortalidad y la morbilidad y

entre la inversión de recursos sociales en una asistencia sanitaria de calidad y la mejora verdadera de la salud de la población.

Generarán frustración social; al suscitar esperanzas falsas y poco realistas entre el público y al crear expectativas acerca del poder transformador del progreso médico que, o bien no se puede alcanzar, o bien sólo a costa de un precio ético, social, político y económico demasiado elevado.

Carecerán de un sentido y una finalidad coherentes; con la creación de objetivos arbitrarios que no guardan relación los unos con los otros en nombre de la libertad del mercado o bien de grupos con intereses especiales y buenas intenciones; pero sin dar lugar a una línea distinguible, sin unos fines valiosos concebidos en función de la población y sin una idea clara de la contribución de la medicina al bienestar individual.

MEDICINA Y SOCIEDAD

Aunque la medicina siga siendo capaz de marcar en gran medida su propio rumbo, está muy influida por las costumbres, los valores, la economía y la política de las sociedades de las cuales forma parte. La línea que divide medicina y sociedad se vuelve cada vez más borrosa. La medicina se alimenta de las grandes sumas de dinero que se invierten desde el sector público y las empresas privadas, de la publicidad y los medios de comunicación y de las preferencias, los sueños y los deseos de la población.

Podemos afirmar, por consiguiente, que los desarrollos que tienen lugar en la sociedad marcan aquellos que experimenta la medicina. Lo ideal sería que la transformación de la medicina siguiera una transformación en la sociedad, puesto que ambas resultan inseparables. Para replantearse los fines de la medicina es necesario, asimismo, replantearse los fines y los valores de la sociedad y de su cultura. Aunque en el presente informe no podemos acometer semejante tarea, sí podemos señalar los puntos de contacto más importantes entre los fines médicos y sociales y aclarar qué pasos se podrían dar para facilitar su diálogo y mutuo entendimiento.

Pluralismo y universalismo. Nos preguntamos si tiene sentido hablar de los fines de la medicina y proponer unas metas de aplicación universal. La medicina abarca cuestiones universales y también particulares, con fines que deberían ser comunes a todas las culturas y otros exclusivos, con toda la razón, de determinadas sociedades. En casi todas las sociedades se dan debates sobre el significado y el alcance exacto de conceptos como salud, enfermedad, dolencia y malestar; a pesar de lo cual, en todas partes existen instituciones con grupos de expertos a los que recurre la gente cuando el cuerpo o la mente no les funcionan como esperan tanto ellos mismos como la sociedad en la que viven.

Uno de los orígenes de la universalidad de la medicina es la misma naturaleza humana. Antes o después todos enfermamos: nos falla el cuerpo o la mente, sentimos dolor y al mismo tiempo sufrimos, directamente por la enfermedad, e indirectamente por el miedo de lo que sucederá con nuestras vidas. El dolor y el sufrimiento se reconocen en todas partes, aun cuando pueda haber enormes variaciones en el grado de tolerancia y el significado que se les atribuya, así como en la forma en que se institucionalizan las respuestas de la sociedad a los mismos. En todo el mundo, durante la infancia y la vejez, la gente depende física y socialmente de los demás para remediar su incapacidad para llevar su vida propia y enfrentarse al entorno. En todas partes se reconocen los accidentes y las

lesiones, los acontecimientos externos e inesperados que afectan al correcto funcionamiento del cuerpo. La universalización del conocimiento científico y el intercambio de técnicas e ideas médicas justifican ahora más que nunca que hablemos de la medicina como una disciplina y profesión universal. Aun así, no se puede negar que existe un cierto conflicto entre la llamada “medicina cosmopolita” (la de la ciencia internacional) y las medicinas locales de cada lugar; conflicto que unas veces resulta provechoso y otras no tanto.

Por lo tanto, si bien existe un cierto pluralismo en la manera de entender la medicina y de organizar los sistemas de asistencia sanitaria (algo que además resulta deseable), la medicina atiende unas necesidades comunes a todos los seres humanos. Asimismo, existen valores de gran importancia que deberían merecer respeto y aprobación universales. En los últimos años, la autodeterminación y la justicia se han erigido como valores de especial importancia. Resulta difícil rechazar, en aras del pluralismo, aquellas tradiciones que han hecho hincapié en el bienestar del paciente como obligación suprema del médico, o la necesidad de contar con un consentimiento informado para la investigación médica, o el deber de la sociedad de procurar que todos disfruten por igual de una asistencia sanitaria de calidad, o la obligación de basar el tratamiento médico en hallazgos científicos que avalen su eficacia, o la necesidad de ofrecer una asistencia sanitaria más humanitaria mostrando bondad y conmiseración. Estos son valores universales fundamentales, unos más antiguos o respetados que otros, pero todos formando parte del mismo conjunto que otorga a la medicina su identidad actual.

Por otro lado, hemos de reconocer que las distintas sociedades pueden dar a estas tradiciones y obligaciones una variedad de interpretaciones. El significado de cualquier concepto suele restringirse al ámbito local o regional, y difícilmente se podría plasmar en un enunciado universal. La buena medicina tiene en cuenta y respeta la variedad de significados que, siendo el medio a través del cual se expresan las distintas culturas, la dota de contexto. Este tipo de diversidad en modo alguno es incompatible con el universalismo médico. Las ciencias clínicas y biológicas nos han proporcionado una serie de conceptos científicos universales; mientras que las ciencias sociales, la teoría política y las humanidades contribuyen cada vez más a la formación de un lenguaje propio para la definición de los valores, las políticas y los patrones morales de la medicina: para los derechos y las necesidades del ser humano, la ética médica, la relación entre médico y paciente y los preceptos de la medicina, entre otros.

La medicina saldrá favorecida, y ganará en coherencia como sector, con un conjunto de fines de aceptación universal que represente sus valores fundamentales. De este modo no sólo se facilitarían el intercambio de conocimientos y la puesta en marcha de iniciativas de salud universales (como las que fomenta la Organización Mundial de la Salud), sino que además supondría la posibilidad de comparar la medicina con unas normas que fueran más allá de las idiosincrasias y particularidades locales. De este modo se ayudaría a mantener la integridad de la medicina frente a presiones políticas o sociales para servir a unos fines anacrónicos o ajenos a ella. Asimismo, contribuiría a un mayor entendimiento y a un criterio más informado por parte de los pacientes del tipo de asistencia que deberían recibir, así como a una mayor comprensión por parte de los médicos de su propia función y de las obligaciones y expectativas que de ella se derivan. La medicina debe contar con un rumbo propio y unos valores perdurables, que gozarán de una mayor solidez si se basan en sus fines tradicionales, en su mayoría universales.

Aunque podamos aproximarnos a un acuerdo, la misma realidad y las legítimas diferencias de perspectiva pueden dificultar en ocasiones el consenso universal en cuanto a los fines de la medicina, y aún más en cuanto a sus significados. En cualquier caso, resulta imprescindible mejorar la forma en que se comunican medicina y sociedad, partiendo para ello de la confianza básica y universal que existe entre médicos y pacientes.

Los fines de la medicina: ¿inherentes a la misma o derivados de la sociedad? Acerca de la naturaleza de la medicina y sus fines existen desde hace tiempo dos visiones opuestas y complementarias a la vez: la una intenta discernir los fines inherentes a la medicina, mientras la otra procura descubrir los fines creados en la sociedad, en un tiempo y en el marco de una cultura determinados. La primera postura sostiene que los verdaderos fines de la medicina surgen como una respuesta a la experiencia humana universal de la enfermedad, que es intrínseca a la práctica de la medicina. Esta respuesta mueve a la necesidad de sanar, ayudar, cuidar y curar. La medicina comienza en la relación entre médico y paciente, que a su vez genera unos valores propios para mantenerse y reforzarse (como el mismo vínculo médico-paciente), a los cuales debería aferrarse para poder resistir los intentos de dominación o manipulación social y seguir un rumbo propio, además de sostener la integridad del médico, independientemente de los valores sociales. La medicina se verá inevitablemente influida por los valores y fines de las sociedades de las cuales forme parte, pero esto no implica que sus propios valores puedan o deban someterse a los mismos.

La perspectiva social, por contra, hace énfasis en la forma en que varían la naturaleza y los fines de la medicina a lo largo del tiempo y entre las distintas culturas. Si bien es cierto que la atención de los enfermos constituye un hilo conductor histórico y cultural, al igual que la importancia de la relación entre médico y paciente, la forma en que se interpreta la enfermedad es tan variada y la respuesta a la misma tan compleja, que no resulta fácil identificar un conjunto de valores y creencias inherentes a la medicina. Por consiguiente, la medicina se percibe como un conjunto de conocimientos en constante evolución y una diversidad de prácticas clínicas sin esencia definida. Los conocimientos y las prácticas de la medicina serán reflejo de la época y la sociedad de las cuales formen parte, al servicio de los fines que la sociedad considere oportunos y sujetos a las mismas restricciones que las demás instituciones sociales. Por tentadora que resulte la idea de plantear una naturaleza inherente a la medicina, no se puede distinguir ninguna. En cualquier caso, la medicina debe su riqueza y solidez a su maleabilidad social y científica.

Por un lado, el conflicto entre estas dos visiones de la medicina da lugar a una diversidad de interpretaciones sobre la variedad de manifestaciones que se dan en los diferentes lugares y épocas; pero por otra, constituye un debate sobre cuáles deberían ser la naturaleza y los fines de la medicina: ¿Debería la medicina intentar definir desde dentro su propia historia y tradiciones, su propio rumbo y valores? ¿Debería dejar que la sociedad lo haga desde fuera? ¿O bien definir su propio rumbo mediante un diálogo permanente con una sociedad en la cual cada uno busca una esfera, unos deberes y unos derechos propios?

Nuestro grupo llegó a la conclusión de que esta última opción es la más aceptable, aunque el punto de partida de la medicina deba ser su propia historia y tradiciones. Si la medicina no posee un rumbo propio y unos valores fundamentales, la falta de recursos con los que resistir su invasión hará de ella una víctima fácil para la sociedad, como ocurrió durante el nazismo y el comunismo. Por otro lado, también sería ingenuo pensar que los valores de la medicina se mantendrán a salvo de influencias sociales. Dado que médicos, personal sanitario y pacientes forman todos parte de la sociedad, jamás será posible trazar una línea definida entre la medicina y las demás instituciones sociales.

Si, como parece, lo más apropiado es un diálogo abierto y continuo entre medicina y sociedad, en el que ambas puedan expresar su manera de entender la enfermedad y la muerte, así como su opinión sobre la prestación de asistencia sanitaria, ¿qué puntos de vista y qué límites se deberían tener en cuenta? Desde el punto de vista médico, la ética y la integridad de la práctica de la

medicina se consideran evidentemente de gran importancia. ¿Qué clase de respeto deben los médicos a sus pacientes y viceversa? ¿Cómo debería la medicina moldear las costumbres, prácticas y valores que habría de inculcar en sus estudiantes? ¿Cuáles deberían ser esos valores? ¿Cómo puede mantenerse la medicina fiel a sus propias tradiciones y a la vez discernir qué cambios en el conocimiento científico o los valores sociales exigen una transformación fundamental en sus propios valores? Un cambio de este tipo se produjo después de la segunda Guerra Mundial con la exigencia del consentimiento informado para la investigación médica y con el cada vez mayor reconocimiento, en muchas partes del mundo, de que los pacientes deben conocer la verdad sobre su enfermedad y que sus opiniones y valores personales se deben tomar en serio. Para mejorar el mutuo entendimiento entre medicina y sociedad son necesarias una mayor comprensión del paciente y una perspectiva profana de la medicina.

Nuestro grupo no llegó a resolver por completo la cuestión de si la medicina tiene unos fines inherentes o si se derivan de la sociedad; aunque no nos costó llegar a un acuerdo sobre el hecho de que la medicina posee (y siempre ha poseído) unos valores fundamentales de aplicación universal, y en este sentido está caracterizada por unos fines inherentes. También podemos comprender por qué las miles de expresiones en que se plasman estos fines y valores (siempre definidos localmente y de aplicación distinta en las diversas culturas) dan credibilidad a la perspectiva social. Si optamos por el término medio podríamos decir que ambas posturas están en lo cierto: la medicina posee unos fines esenciales moldeados por unos ideales y unas prácticas históricas más o menos universales, pero sus técnicas y conocimientos también se prestan a una influencia social considerable. El auténtico peligro reside en someter la primera postura a la segunda, en lugar de mantenerlas en una tensión que resulte provechosa.

Economía, medicina y necesidades sociales relativas. No cabe duda de que la economía desempeña un papel esencial en la forma que toma la práctica de la medicina en las sociedades modernas, al igual que influye, abierta o veladamente, en lo que se percibe como fines de la medicina. Una vez que la medicina entra en la corriente general de la economía de un país, se ve sometida a todas las fuerzas y prioridades económicas que influyen al resto de la sociedad. La evolución hacia el mercado y la privatización que caracteriza la medicina de muchos países asiáticos, latinoamericanos y centroeuropeos, muy establecida en Estados Unidos, pondrá al frente otros valores y prioridades distintos a los que hemos conocido en los sistemas de asistencia sanitaria anteriores. El rápi-

do aumento experimentado recientemente en Estados Unidos en los programas de asistencia gestionada, que ponen énfasis en el control del gasto, ha concedido una mayor prioridad a la competencia y la contención del coste de lo que antes era usual. También ha desplazado los fines efectivos de la medicina hacia la asistencia primaria, un objetivo ya alcanzado en Europa Occidental. La privatización, es decir, la transferencia al sector privado de funciones antes reservadas a los entes públicos, tiende a convertir la medicina en una mercancía; aunque el uso de la privatización por parte de los gobiernos de forma complementaria a la asistencia pública puede atenuar esa tendencia.

La sociedad, por su parte, deberá decidir el tipo y la cantidad de recursos sociales y económicos que pondrá a disposición de la medicina. Para ello, habrá de determinar el peso relativo que se le otorgarán a las necesidades médicas y sanitarias frente a otros bienes esenciales, como los sistemas de vivienda, defensa, educación, empleo y transporte. Debido a las presiones económicas, cada vez más sociedades se ven obligadas a determinar la carga económica relativa que deberán soportar el sector público, el sector privado y los ciudadanos. Igualmente, tendrán que determinar el grado de libertad que se le dará al mercado. Los valores y las limitaciones culturales, comprendidas la religión, la identidad étnica y las diferentes interpretaciones de la moralidad personal e institucional, pueden ser igualmente importantes. El aborto, la esterilización y las diversas técnicas de reproducción asistida, por ejemplo, se verán influidos por valores religiosos, mientras que el grado en que se permite al paciente la autodeterminación en decisiones sobre su tratamiento dependerá de visiones más amplias sobre el derecho de los ciudadanos a participar en aquellos asuntos relacionados con su bienestar. Todo lo cual pudiera estar en conflicto con los fines de la medicina, o al menos percibirse de este modo.

DETERMINACIÓN DE LOS FINES DE LA MEDICINA

A continuación, nuestro objetivo es definir cuáles deberían ser los nuevos fines de la medicina y, al mismo tiempo, justificar esos fines y exponer los problemas de significado e interpretación que plantean. Primero será necesario definir algunos términos clave, tras lo cual, podremos abordar los fines de la medicina en cuatro apartados: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento, el tratamiento de la enfermedad y los cuidados a los incurables, y la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

La definición de “salud” y de otros conceptos clave. Resulta prácticamente imposible hablar de los fines de la medicina sin abordar, al mismo tiempo, todo un conjunto de ideas que conforman el significado y el propósito de la medicina. La medicina se preocupa de la salud, pero ¿qué es la salud exactamente? Si una de las razones por las que perdemos la salud es la enfermedad, ¿qué es la enfermedad exactamente? Y si la falta de salud se manifiesta en forma de malestares y dolencias, ¿qué significan exactamente estos términos? Un buen modo de abordar estas preguntas es comenzar por donde suele comenzar la buena medicina, es decir, con la persona, ese ser humano que se encuentra enfermo y que por tanto desea recuperar su buena salud. Se ha observado con frecuencia que la salud tiene algo de paradójico: es un bien preciado, pero cuando se posee, pasa prácticamente desapercibido. No reparamos en nuestra buena salud porque nuestro cuerpo funciona sin problemas ni dificultades; simplemente está allí, como un siervo fiel y discreto.

Esta experiencia nos aporta la base para perfilar una definición: con “salud” nos referimos a la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente. La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales. Con esta definición queremos subrayar el énfasis tradicional en la integridad y el buen funcionamiento del cuerpo, la ausencia de disfunciones y la consiguiente capacidad de actuar en el mundo.

Nuestra definición difiere de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1947, que con su énfasis en la salud como estado de “completo bienestar físico, mental y social” llegaría a ser tan influyente. No es posible, ni ahora ni nunca, que la medicina aporte un bienestar “completo”, ni siquiera en el sentido físico, con el que está más familiarizada. Los males, de mayor o

menor gravedad, forman parte de la vida de todas las personas en un momento u otro, y al final todos sucumbiremos a ellos. Afortunadamente, también es cierto que la salud también forma parte, en mayor o menor grado, de la vida de la mayoría de las personas, y por tanto, su preservación se sitúa entre los fines más importantes de la medicina. Salud y dolencia no conforman en modo alguno una dicotomía absoluta, del mismo modo que la enfermedad puede tener un impacto diferente en la vida de personas distintas.

La salud es el concepto clave de la medicina, además del más decisivo, puesto que determina en gran medida el modo en que se entienden sus fines; pero existen también otros conceptos importantes, como mal (*malady*), enfermedad (*disease*), malestar o padecimiento (*illness*) y dolencia (*sickness*)¹. Con el término “mal” nos referimos a una variedad de estados, además de la enfermedad, que suponen una amenaza para la salud: comprende discapacidad, lesión y defecto. Partiendo de esta variedad de estados, podemos definir “mal” como aquella situación en la que una persona sufre o corre un mayor riesgo de sufrir un daño (muerte prematura, dolor, discapacidad o pérdida de libertad, de oportunidad o de placer) en ausencia de una causa externa clara. Con la expresión “en ausencia de una causa externa clara” se pretende distinguir entre las fuentes internas de un mal y la dependencia continua de causas claramente externas a uno mismo (por ejemplo, el dolor causado por la tortura o la violencia social). El daño, en resumidas cuentas, proviene de dentro de la persona y no del exterior. Con “enfermedad” nos referiremos a una alteración fisiológica o mental, basada en una desviación de la norma estadística, que causa malestar o discapacidad, o bien aumenta la probabilidad de una muerte prematura. Con “malestar” o “padecimiento” nos referiremos a la sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria. Con “dolencia” nos referiremos a la percepción por parte de la sociedad del estado de salud de una persona, lo cual implica normalmente que desde el exterior se percibe una alteración del funcionamiento normal, físico o mental, de la persona.

¹ N. del T.: En la traducción se ha optado por los términos “mal”, “enfermedad”, “malestar” o “padecimiento” y “dolencia”, los cuales se corresponden aproximadamente con los cuatro conceptos definidos en el original inglés (“malady”, “disease”, “illness” y “sickness”). En la medida de lo posible, se ha procurado seguir esta correspondencia, si bien han sido necesarias algunas excepciones.

Los cuatro fines de la medicina. Una vez definidos estos conceptos, podemos centrarnos en la reinterpretación de los fines de la medicina. Antes que nada, hemos de señalar que hubo grandes discrepancias en nuestro grupo en torno a dos cuestiones. La primera: si era útil o razonable tratar de establecer prioridades entre los fines de la medicina. ¿Son unos fines relativamente más importantes o lógicamente anteriores a otros? Tras arduas discusiones, llegamos al acuerdo de que establecer unas prioridades fijas no sería ni útil, ni posible en la práctica. Las necesidades de salud de las distintas personas serán a su vez diferentes; al igual que las necesidades de una misma persona podrían variar durante el curso de una misma enfermedad. También se debatió acerca de la conveniencia de hablar de “valores fundamentales” en vez de “fines” de la medicina, o de considerar los fines más como ideales de referencia que como fines formales. En general, se estuvo de acuerdo en la utilidad de seguir hablando en términos de “fines”.

El debate sobre el establecimiento de prioridades en los fines de la medicina giró también en torno a una segunda cuestión relativa a la importancia que se habría de atribuir a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como fin de la medicina. Todos estuvieron de acuerdo en su importancia, pero hubo resistencia a otorgarles siquiera una prioridad lógica. Los motivos fueron dos: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad requieren estrategias que se sitúan fuera del campo de la medicina y, por otro lado, una preeminencia demasiado acentuada de la prevención primaria se podría percibir como un cierto abandono de la población enferma. Nos limitamos, por tanto, a subrayar su importancia, de la cual no carecen los demás fines que exponemos. No otorgamos prioridad a ninguno de ellos; el peso de cada uno será mayor o menor dependiendo de las circunstancias.

• **La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.** La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son valores elementales de la medicina por tres motivos. En primer lugar, el sentido común nos dice que es preferible evitar enfermedades y lesiones en la medida de lo posible. Uno de los principales deberes de los médicos y demás profesionales de la salud consistirá en ayudar a los pacientes a conservar la salud y en enseñarles de qué modo pueden conseguirlo. Hay quien afirma que los médicos que ayudan a sus pacientes a permanecer sanos prestan un servicio tan valioso como aquellos que ofrecen asistencia médica después de una lesión, enfermedad o discapacidad. La importancia de la promoción de la salud en la infancia, que presenta un índice de mortalidad aún alto en muchas partes del mundo, resulta indiscutible. Uno de los fines más antiguos de la medi-

cina ha sido el de ayudar a las personas a vivir en mayor armonía con su entorno, una meta que habría de perseguirse desde el nacimiento hasta la misma muerte. Nuestro grupo creyó necesario destacar un ejemplo concreto de prevención de la enfermedad: el enorme peligro para la salud que supone el tabaco, y la necesidad de educar a los jóvenes para que no inicien su consumo y a los de mayor edad para que lo dejen.

En segundo lugar, aumentan los indicios que apuntan a la existencia de beneficios económicos derivados de los intentos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, gracias a una menor tasa de morbilidad y de enfermedades crónicas en edades más avanzadas, con la reducción de la carga económica que esto conlleva. Asimismo, aun sin dejar de ser caros, estos intentos son formas rentables de conservar la salud. Igualmente, un mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades podría reducir la dependencia de la alta tecnología típica de la medicina de cuidados intensivos, y contribuir a reducir la preponderancia y distinción, en ocasiones excesivas, de que goza esta última.

En tercer lugar, es importante hacer ver a la profesión médica y al público en general que la medicina abarca mucho más que la salvación y el tratamiento de los ya enfermos, y que los sistemas de asistencia sanitaria van más allá de la “atención al enfermo”. Si otorgamos un lugar prominente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, todos, dentro y fuera de la medicina, veríamos que un mayor énfasis en esta área aportaría inmensos beneficios sociales e individuales.

Al proponer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como uno de los fines fundamentales de la medicina, no pretendemos restar importancia a las dos cuestiones siguientes: primero, que la muerte sólo se puede posponer, no evitar; y segundo, que la enfermedad en general no se puede conquistar; sólo se pueden superar algunas enfermedades, que a su vez se verán sustituidas por otras enfermedades en el transcurso de la vida de las personas. A la prevención de la enfermedad, por tanto, nunca puede otorgársele prioridad absoluta con respecto a otros fines de la medicina. Todos caeremos enfermos o sufriremos lesiones o discapacidades en algún momento, y es entonces cuando los otros fines de la medicina relevarán a la prevención de la enfermedad en importancia.

Más allá de estos condicionantes, son muchos los obstáculos que se interponen en el camino de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Carecemos de datos fiables sobre los costes de los programas de pro-

moción de la salud y su rentabilidad. Por otra parte, se ha alegado que, dado que los principales determinantes del estado de salud son los ingresos, la clase social, el nivel de educación y las oportunidades sociales en general, la medicina no puede hacer mucho para cambiar de forma significativa la salud de una población. Como mucho, puede aliviar al ya enfermo. En la misma línea se ha argumentado que si nos centramos demasiado en influir y cambiar el comportamiento de los individuos podemos acabar “culpando a la víctima”, como si determinado comportamiento fuera la causa determinante de la mala salud. ¿No es cierto que, desde la perspectiva de la salud pública, es evidente que los factores sociales desempeñan un papel mucho más importante que el comportamiento individual en el origen de las enfermedades? ¿Y no es cierto que los conocimientos sobre la genética y otros campos de la medicina indican que suelen darse fuertes vínculos genéticos en la manifestación de enfermedades en los individuos?

Estas posturas no son irreconciliables. El disponer de datos fiables sobre la rentabilidad tiene su importancia, pero no justifica un mayor escepticismo ante la promoción de la salud que frente a cualquier otro aspecto de la medicina. En cuanto al problema de “culpabilizar a la víctima”, incluso en circunstancias de fuertes presiones sociales, los individuos pueden cambiar, y de hecho cambian, su estilo de vida por motivos de salud: dejando de fumar, bebiendo menos alcohol, perdiendo peso o haciendo deporte. En cualquier caso, el comportamiento individual es la variable a través de la cual se filtra gran parte de la influencia social. Incluso aunque un cambio total en el estilo de vida de un individuo sea imposible o, al menos, muy poco probable en muchos casos, desde un punto de vista económico y personal, incluso cambios relativamente pequeños pueden suponer una verdadera mejora. También es evidente que aquellas diferencias culturales que se pueden cambiar, para bien o para mal, influyen de forma significativa en el comportamiento de los individuos.

Quizás lo más importante sea que, al considerar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como valores fundamentales no sólo de la salud pública, sino también de la medicina, en los próximos años se podría forjar una relación mucho más estrecha entre dos áreas críticas de la asistencia sanitaria (la medicina y la salud pública), que llevan demasiado tiempo trabajando por separado, a menudo, en competencia la una con la otra. Es imprescindible que exista una mayor colaboración entre ambas. La salud pública está bien situada (cuando goza del respaldo financiero necesario), mediante sus capacidades epidemiológicas, para trazar las pautas de enfermedad, accidente y

discapacidad y poner estos conocimientos a disposición de los médicos. La medicina, por su parte, puesto que accede al paciente individual y se centra en el mismo, se encuentra en una posición única para orientar al paciente y, con los historiales médicos de la familia, pruebas y otras técnicas, identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar enfermedades. Cuanto más estrecha sea la colaboración entre salud pública y medicina clínica en el uso de sus capacidades, mayores serán los beneficios que obtengan. Cualquier forma sensata de abordar la promoción de la salud tendrá muy presente la importancia de las condiciones de vida existentes (económicas, laborales y sociales) para el nivel de salud. La medicina puede, y por tanto debe, coordinar mejor su labor con otras instituciones sociales y públicas orientadas al bienestar de la población.

• ***El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.*** Si bien hay enfermedades, como la tensión alta, que no producen ningún síntoma inmediato, la mayoría de la gente recurre a la medicina para el alivio del dolor y el sufrimiento. Sufren algún tipo de dolor en el cuerpo y buscan ayuda, o tienen problemas psicológicos y desean aliviarlos; con frecuencia el dolor y el sufrimiento se sienten en conjunción. Sin embargo, el dolor y el sufrimiento, si bien con frecuencia se conjugan en un mismo paciente, no son necesariamente la misma cosa. El dolor se refiere a una aflicción física aguda y se manifiesta de muchas formas: el dolor puede ser agudo, punzante, penetrante. El sufrimiento, en cambio, se refiere a un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad. Un dolor agudo y constante puede ser causa de sufrimiento, pero el dolor no siempre provoca sufrimiento (especialmente si el paciente sabe que es pasajero o que forma parte de un proceso de cura). Tampoco el sufrimiento implica siempre dolor: gran parte del sufrimiento propio de los trastornos mentales, o simplemente de los miedos habituales de la vida, no conlleva necesariamente dolor físico.

El alivio del dolor y del sufrimiento se encuentra entre los deberes más antiguos del médico y entre los fines más tradicionales de la medicina. Por diversas razones, sin embargo, la medicina que se practica hoy día en todo el mundo no suele cumplir correctamente con ese fin. En estudios realizados desde hace muchos años se ha demostrado que la forma en que los médicos comprenden y practican el alivio del dolor varía enormemente. A menudo se siguen ofreciendo cuidados paliativos insuficientes o inadecuados. Un hecho que se ve exacerbado por leyes o costumbres relacionadas con los narcóticos que intimidan a los médicos a la hora de aprovechar todas las ventajas de las técnicas paliativas modernas. En muchas partes del mundo ni siquiera se tiene acceso a los narcóticos necesarios, situación que, irónicamente, puede darse en

países que consiguen recaudar fondos para tratamientos de tecnología muy cara, como es el caso de la quimioterapia contra el cáncer. En los países en vías de desarrollo tanto como en los desarrollados, existen importantes carencias en la educación sobre el alivio del dolor, en la aplicación de los conocimientos disponibles y en el respaldo médico y cultural necesario para asegurar un acceso automático a métodos paliativos aceptables. La medicina de cuidados paliativos es un área incipiente de gran importancia que aborda cuestiones complejas que aún no se entienden plenamente. Se le debería prestar el apoyo necesario para el desarrollo que merece.

En el caso del alivio del sufrimiento, la situación es parecida. Aunque se conocen métodos farmacológicos eficaces para el alivio del dolor, el sufrimiento mental y emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad no se suele detectar ni tratar de forma adecuada. Con demasiada frecuencia se confía a los fármacos la labor que mejor correspondería a la terapia psicológica y la conmiseración. Cuando un médico no parte del paciente como un todo, sino simplemente como una colección de órganos, es posible que el sufrimiento psicológico le pase completamente desapercibido, o bien, en caso de detectarlo, que no le conceda la debida importancia.

En este caso, el problema es que no se comprende que el temor a la mala salud, a la enfermedad y a su padecimiento puede provocar a menudo tanto sufrimiento como su existencia real. La amenaza que representa para alguien la posibilidad de padecer dolores, enfermedades o lesiones puede ser tan profunda que llegue a igualar los efectos reales que éstos tendrían sobre su cuerpo. Estas personas se dirigen a los médicos, como corresponde, para aliviar su ansiedad. Podemos hablar de “padecimiento sin enfermedad” para abarcar una serie de estados y experiencias que no pueden reducirse a alteraciones fisiológicas. Un enfoque holístico de la salud contribuirá a sentar unas bases nuevas para la atención de ese cincuenta por ciento aproximado de pacientes que necesitan ayuda pero no manifiestan ninguno de los síntomas clínicos propios de una enfermedad.

De especial trascendencia es el sufrimiento ocasionado por problemas de salud mental, desde enfermedades graves como la esquizofrenia o la depresión hasta problemas más moderados, pero no obstante serios, como las neurosis, las fobias y los trastornos de la personalidad. No todos los problemas de salud mental se originan a partir de una enfermedad, y resulta de suma importancia que para tomarlos en serio no sean necesarios unos fundamentos biológicos. La gama completa de trastornos mentales, perfectamente reconocidos por la

medicina, afecta a millones de personas en todo el mundo. Pese a ello, debido a que sus síntomas iniciales se manifiestan en ocasiones como expresiones imprecisas de sufrimiento, con demasiada frecuencia, en los centros de atención primaria, donde existe una clara tendencia a centrarse en la búsqueda de anomalías que se correspondan claramente con patologías determinadas, los problemas de salud mental se ignoran o se les resta importancia.

La disparidad entre la asistencia sanitaria que se presta a los enfermos físicos, subvencionada por el Estado, y la que reciben los enfermos mentales, con frecuencia más limitada, pone de manifiesto un estereotipo difícil de erradicar: que la enfermedad mental es menos importante que la enfermedad física. De hecho, el padecimiento de un trastorno mental puede implicar el mismo grado de sufrimiento y discapacidad que los males de índole física. Resulta imprescindible que, dentro del ámbito médico, se comprenda bien la diferencia entre la enfermedad de origen orgánico y el trastorno funcional que puede resultar de unas condiciones sociales dañinas. Y la medicina ha de reconocer que existen muchas formas de sufrimiento humano, como la guerra, la violencia o la traición, cuyas causas no guardan ninguna relación con la mala salud o la enfermedad.

¿Hasta donde debe llegar la medicina en el alivio del sufrimiento? Nuestro grupo se mostró dividido, por ejemplo, en la cuestión de la eutanasia y el suicidio asistido por un médico (ambos históricamente prohibidos en la mayoría de los códigos de ética médica), como respuesta médica al sufrimiento de los enfermos terminales o incurables. Sí coincidimos en que, en los próximos años, a medida que la medicina progresa en su empeño de comprender mejor sus deberes, y los límites de esos deberes, para con las personas que sufren, la cuestión adquirirá una mayor relevancia. Parte del sufrimiento derivado de una enfermedad se considera como respuesta a la misma. Puede causar miedo, desesperación, una profunda sensación de cansancio, ansiedad acerca del futuro y una sensación de gran futilidad y desamparo. Ante estas manifestaciones, los médicos y demás profesionales de la salud deberían responder con cuidados y conmiseración y, cuando sea posible, orientación psicológica. Pero cierto tipo de sufrimiento, especialmente cuando está asociado a una enfermedad crónica o terminal, puede hacer que los pacientes se cuestionen el significado de la vida misma, del bien y el mal, de la suerte y el destino personal; unos interrogantes que suelen considerarse de naturaleza espiritual o filosófica, no médica.

¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué he de morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento? La medicina, como tal, no tiene respuestas a estas preguntas, que no

pertenecen a su esfera. Y sin embargo, los pacientes recurren a médicos y enfermeros, en su calidad de seres humanos, en busca de algún tipo de respuesta. En estos casos, sugerimos que el profesional de la salud recurra a su propia experiencia y visión del mundo, haciendo uso no sólo de sus conocimientos médicos, sino también de los sentimientos de compasión y confraternidad entre seres humanos. No obstante, habrá ocasiones en que incluso la atención más humanitaria y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina habrá de reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve.

• ***La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.***

Las personas suelen recurrir a la medicina porque se encuentran mal, han sufrido alguna lesión o padecen una discapacidad mental o física. La medicina, por su parte, responde buscando la causa del mal, suponiendo que podrá encontrarla en un órgano o miembro lesionado o enfermo. Cuando se da ese caso, la medicina intenta curar el mal y hacer que el paciente recupere su antiguo estado de bienestar y normal funcionamiento. Sin embargo, el paciente no suele presentar al médico su órgano enfermo, incluso si sabe o sospecha que ese es el origen de su malestar; el paciente busca más que la simple cura, busca comprensión y conmiseración. Los enfermos presentan sus malestares y lesiones al médico como personas; esto es lo que experimentan subjetivamente de forma más directa y lo que suele motivarles a buscar alivio. Se presentan a sí mismos como individuos, y son precisamente esos individuos los que deben constituir el punto de partida de la cura y los cuidados.

En su entusiasmo por la cura de enfermos, en ocasiones, la medicina moderna ha desatendido su función humanitaria. Parecería afirmar que, si se puede encontrar la curación, ¿quién necesita cuidados? Esta opinión no podría estar más equivocada. En muchos casos, por supuesto, una técnica completamente impersonal resulta aceptable, e incluso deseable, como en traqueotomías de urgencia, reanimaciones cardiopulmonares y muchos tipos de cirugía de alta tecnología; pero lo más común es que se requieran también cuidados. Los cuidados no consisten simplemente en manifestar preocupación, conmiseración y disposición a hablar con el paciente; comprenden también la capacidad para hablar y escuchar de un modo que demuestra conocimiento de los servicios sociales y asistenciales necesarios para ayudar al paciente y a su familia a afrontar una amplia gama de problemas no médicos que pudieran acompañar,

como normalmente ocurre, a su padecimiento. De sobra está decir que otro de los ingredientes fundamentales para un buen cuidado es la excelencia técnica.

Un padre enfermo incapaz de cuidar de sus hijos como es debido puede sufrir mucho más por esa situación que directamente a causa de su enfermedad; al igual que el cónyuge que cuida al enfermo con Alzheimer puede necesitar tanta ayuda como el propio paciente. La función sanadora de la medicina abarca tanto la curación como los cuidados. En su sentido más amplio, la medicina puede sanar incluso en aquellos casos en los que no puede curar, ya que puede hacerlo ayudando a una persona a hacer frente a un mal de tipo crónico.

La rehabilitación es una rama importante de la medicina moderna que se encuentra en expansión debido al desarrollo de numerosos métodos que permiten a pacientes lesionados o enfermos recuperar funciones vitales y poder reintegrarse a la sociedad. Se trata de una forma de medicina que se encuentra a medio camino entre la curación y los cuidados: en algunos casos puede lograr la recuperación de la función normal; en otros, la logra sólo parcialmente, y en otros, ayuda a ralentizar una degeneración progresiva. En cualquier caso, la rehabilitación suele requerir mucho tiempo y atención para dar resultados y, en este sentido, requiere una actitud decidida y continua de cuidados y asistencia social. La medicina tiene una posibilidad muy real de sanar incluso cuando el cuerpo no puede recuperar su estado de funcionamiento normal.

En poblaciones envejecidas, donde la enfermedad crónica es la causa más frecuente del dolor, el sufrimiento y la muerte, donde el padecimiento se prolongará en el tiempo independientemente de las medidas médicas que se adopten, los cuidados se vuelven especialmente importantes, recuperando su merecido lugar tras una época en la que siempre parecían relegarse a un segundo término. En el caso de los enfermos crónicos, se les debe ayudar a comprender su dolencia personal y a aprender a afrontarla y vivir con ella, posiblemente durante el resto de sus vidas. Al traspasar la frontera de los sesenta años, la mayoría de las personas padecerán al menos una dolencia crónica y, ya entrados en los ochenta, tres o más. En el caso de los mayores de ochenta y cinco años, al menos la mitad requerirán algún tipo de ayuda para realizar las actividades normales de su vida diaria. Dado que los enfermos crónicos tienen que aprender a adaptarse a su nueva identidad alterada, gran parte del trabajo del profesional sanitario debe centrarse en la gestión de la enfermedad en vez de en su curación. En este caso, con “gestión” nos referimos a la atención humanitaria y psicológica continua a una persona que, de un modo u otro, tiene que aceptar la realidad de su padecimiento. De hecho, se ha sugerido que uno de

los deberes de la medicina podría ser ayudar al enfermo crónico a forjarse una nueva identidad.

Esta situación no se limita de ningún modo exclusivamente a los ancianos, aunque es probable que, entre los enfermos crónicos, éstos sean los más numerosos. Los enfermos de sida, niños discapacitados o jóvenes lesionados requieren tanta atención de este tipo como puede ser el caso de los ancianos. De hecho, el propio éxito de la medicina en la salvación de vidas (tanto de recién nacidos prematuros como de nonagenarios) ha provocado un aumento, y no una reducción, de la tasa de morbilidad. En la actualidad, muchas enfermedades que, hace una o dos generaciones, hubieran provocado la muerte, ahora permiten seguir viviendo, unas veces mejor que otras, a las personas que las padecen. Por lo tanto, estas personas aspirarán no sólo a una medicina más curativa, sino también más humanitaria.

• ***La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.***

La lucha contra la muerte en muchas de sus manifestaciones constituye un fin esencial de la medicina. Pero siempre debería mantenerse en sano conflicto con el deber de la medicina de aceptar la muerte como el destino de todos los seres humanos. El tratamiento médico debería ofrecerse de forma que fomente, y no de forma que amenace, la posibilidad de una muerte tranquila. Lamentablemente, con demasiada frecuencia, la medicina contemporánea considera la muerte como enemiga suprema. Ejemplos de ello son la asignación de un porcentaje muy elevado de los fondos destinados a la investigación al estudio de enfermedades letales, la prolongación de la vida en ocasiones más allá de toda noción de beneficio para el ser humano y la lamentable desatención de una asistencia humanitaria a los moribundos, como si el paciente que está muriendo hubiera perdido su derecho a recibir la atención, la presencia humana y el alivio eficaz de la medicina.

La evitación de la muerte prematura. En la lucha de la medicina contra la muerte, resulta apropiado que un fin fundamental consista en evitar la muerte prematura en la población en general y el individuo en particular. Un fin secundario sería asistir adecuadamente a aquellos cuyas muertes ya no se considerarían prematuras, pero para los que el tratamiento médico sería no obstante beneficioso. El deber principal de la medicina y de los sistemas de asistencia sanitaria, será, en términos generales, ayudar a los jóvenes a llegar a viejos y, una vez logrado esto, ayudar a los ancianos a vivir el resto de sus vidas cómoda y dignamente.

La noción de muerte “prematura” es relativa, puesto que depende de las circunstancias históricas y culturales y de las técnicas, las tecnologías y los conocimientos médicos disponibles. Se puede decir, en general, que una muerte prematura ocurre cuando una persona muere antes de haber tenido la oportunidad de experimentar las principales posibilidades que ofrece un ciclo de vida característicamente humano: la oportunidad de buscar y adquirir conocimientos, establecer relaciones cercanas y afectivas con otros, ver a los hijos u otras personas a su cargo llegar a adultos y hacerse independientes, poder trabajar o desarrollar los talentos individuales de otras maneras y perseguir las metas en la vida de uno y, en general, tener la oportunidad y capacidad de desarrollarse como persona. Dentro de un ciclo de vida individual, una muerte puede ser prematura si, incluso a una edad avanzada, la vida pudiese preservarse o alargarse sin acarrear grandes problemas para el individuo o la sociedad.

Aunque evitar la muerte prematura debería ser uno de los principales fines de la medicina, sería un error actuar como si todas las muertes fueran prematuras, al igual que lo sería hacer demasiado énfasis en la necesidad de evitar muertes a expensas de otras necesidades sanitarias importantes. El aumento de la esperanza de vida de por sí no parece un fin médico apropiado. La esperanza media de vida en países desarrollados permite a sus ciudadanos disfrutar de una vida completa, aunque muchos puedan desear vivir aún más. Evidentemente, no se trata de un fin personal inaceptable, pero dados los costes y dificultades para obtener unas mayores ventajas significativas mediante la innovación tecnológica, su validez como fin universal o nacional, o como fin para la investigación médica en un sentido más general, resulta dudosa.

La busca de una muerte tranquila. Dado que la muerte nos llega a todos (los pacientes de todo médico habrán de morir algún día, al igual que el propio médico), la medicina ha de considerar una prioridad la creación de unas circunstancias clínicas que favorezcan una muerte tranquila. Una muerte tranquila puede definirse como una en la que el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante unos cuidados paliativos adecuados, en la que al paciente nunca se le abandone ni descuide y en la que los cuidados se consideren igual de importantes para los que no vayan a sobrevivir como para los que sí. Por supuesto que la medicina no puede garantizar una muerte tranquila ni responsabilizarse por lo que las personas traen consigo a su lecho de muerte. Pero lo que sí puede evitar la medicina es considerar la muerte como un accidente biológico evitable o un fracaso médico. Más tarde o más temprano, la muerte es, como ha sido siempre, el resultado inevitable incluso del mejor tratamiento médico.

En toda vida humana llegará un momento en que un tratamiento de soporte vital será inútil; se llegará al límite absoluto de las capacidades de la medicina. Por tanto, la gestión humanitaria de la muerte es la responsabilidad final, y probablemente la más exigente desde el punto de visto humano, del médico, que está obligado a reconocer en su paciente tanto su propio destino como las limitaciones inherentes a la ciencia y arte de la medicina, cuyos objetos son seres mortales, no inmortales.

La retirada de tratamientos de soporte vital. La medicina moderna, en vez de simplificarla, ha convertido la muerte en un problema más complejo. Ante el progreso médico y una tecnología que cambia constantemente, todas las sociedades tendrán que establecer unos patrones morales y médicos para la retirada de tratamientos de soporte vital en enfermos terminales. En la medida de lo posible, pacientes y familiares deben desempeñar un papel importante en tales decisiones. Entre los criterios para su retirada se encontrarán los problemas que suponga el tratamiento para el paciente, los posibles beneficios que pueda tener para el mantenimiento de un tipo de vida aceptable para el paciente, y la disponibilidad de recursos para tratamientos agresivos en cuidados de agudos. Lo que se pide del médico, dado su poder en esta situación, es bastante: sopesar las necesidades e integridad médica del paciente y facilitar una muerte tranquila. El fin de la medicina en estos casos debe ser fomentar el bienestar del paciente, mantener la vida cuando sea posible y razonable, pero reconocer que, debido a su lugar necesario en el ciclo de la vida humana, la muerte como tal no ha de tratarse como enemiga. Es la muerte en el momento equivocado (demasiado pronto en la vida), por las razones equivocadas (cuando se puede evitar o tratar médicamente a un coste razonable) y la que llega al paciente de una forma equivocada (cuando se prolonga demasiado o se sufre pudiéndose aliviar) la que constituye propiamente un enemigo.

LOS FINES ERRÓNEOS DE LA MEDICINA Y EL USO INCORRECTO DEL CONOCIMIENTO MÉDICO

Los fines de la medicina son tan ricos como diversos. Al ser capaz de articular el dolor, el sufrimiento y la discapacidad en términos laicos, y de darles sentido, en parte mediante el uso de la ciencia y la metáfora, la medicina trasciende los fines estrictamente médicos. Los usos de las técnicas y conocimientos médicos son múltiples; en su mayoría buenos, aunque algunos pueden ser perversos. La medicina puede emplearse en la salvación de vidas y la tortura de prisioneros; en el alivio del dolor y la asistencia en la pena de muerte; en la interrupción del embarazo y el tratamiento de la infertilidad, etc. ¿Cuáles de estos usos son compatibles con los fines fundamentales de la medicina y cuáles no lo son? Los posibles usos incorrectos de la medicina se pueden dividir, grosso modo, en cuatro categorías: los que son inaceptables bajo cualquier circunstancia; los que se sitúan fuera del ámbito de los fines tradicionales de la medicina pero están al servicio de fines sociales e individuales moralmente aceptables; los que pueden ser aceptables en determinadas circunstancias y sometidos a unos procedimientos claros y unas garantías definidas, y aquellos que, sin ser claramente incorrectos, plantean problemas de tal gravedad que sólo podrían justificarse apelando a razones sociales de gran peso.

Malos usos y usos inaceptables del conocimiento médico. En general, un mal uso, o un uso inaceptable, del conocimiento médico puede definirse como aquel en que el propio objetivo es moralmente condenable, o aquel que se produce en un contexto inapropiado. El uso de técnicas médicas para la tortura, por ejemplo, es una perversión clara de la medicina, que subvierte sus fines, utilizando para infligir dolor conocimientos concebidos para aliviarlo. No es menor la perversión que supone utilizar técnicas farmacéuticas o neurológicas con fines políticos, como por ejemplo, para mejorar el resultado de los interrogatorios, procurar la pasividad de los prisioneros, o provocar miedo o ansiedad en las personas con el fin de controlarlas. En cada uno de estos casos, el fin en sí es perverso, y con el empleo de medios médicos para su consecución, se vuelve aún peor. Siguiendo esta línea, los colectivos médicos de todo el mundo han condenado la participación de facultativos en la pena de muerte, un papel que nosotros también consideramos incompatible con los fines de la medicina.

El uso de seres humanos como sujetos de investigaciones médicas sin su consentimiento informado, prohibido por el Código de Nuremberg hace casi cincuenta años, es un ejemplo del uso incorrecto de la medicina para fines que

en otras circunstancias podrían ser aceptables. La prohibición de este tipo de investigación es prácticamente absoluta, aplicable incluso en los casos en los que la investigación pudiera conducir a la salvación de vidas u otros grandes beneficios. Sólo pueden hacerse excepciones en el caso de niños y personas con incapacidad jurídica, e incluso en estos casos, sólo si reporta beneficios directos para el paciente. Algunos de los firmantes de este documento consideran que la eutanasia y el suicidio asistido por un médico pertenecen también a esta categoría. Piensan que su uso como medio para aliviar el dolor o el sufrimiento, perfectamente razonable en sí, no justifica moralmente el empleo de técnicas médicas con el objetivo e intención directa de provocar la muerte de un paciente, tanto en el caso de que sea el médico quien provoque la muerte como en el caso de que el médico se limite a proporcionar los conocimientos y los fármacos necesarios para que el paciente pueda suicidarse. Otros, sin embargo, no están de acuerdo con esta postura. Este es un debate que aquí dejaremos sin resolver.

Usos no médicos aceptables del conocimiento médico. Mientras que el uso aceptado y normal de la medicina tiene como fin la salud, sus técnicas pueden utilizarse para lograr muchos objetivos que nada tienen que ver directamente con la misma. Si la tortura representa un uso condenable de la medicina, la cirugía estética para cambiar o mejorar la apariencia de una persona (aparte de los casos de reconstrucción médica en caso de lesiones o deformidades) está aceptada desde hace mucho tiempo. No suele suponer ninguna amenaza para el bienestar general y, en la mayoría de los sistemas de asistencia sanitaria, es el paciente quien tiene que afrontar los gastos. La medicina forense incluye el uso de técnicas médicas al servicio de la justicia penal, como la patología forense, el uso de conocimientos psiquiátricos en el establecimiento de responsabilidad penal y el uso de técnicas de ADN en la identificación de huellas digitales y fluidos corporales. El uso del conocimiento médico en el ejército ha incluido tradicionalmente la evaluación de la capacidad de un soldado para entrar en combate.

El uso de técnicas médicas en la planificación familiar (que pueden tener, o no, objetivos médicos directos), incluida la anticoncepción y la esterilización, así como el aborto, se acepta ya de forma generalizada en gran parte del mundo. En muchos países, estas técnicas pueden ayudar a controlar el crecimiento excesivo de la población, mejorar la salud y el estatus social de la mujer, el bienestar de los niños y la estabilidad familiar. El objetivo general es entregar a hombres, mujeres y parejas el control sobre sus propias capacidades reproductivas. De este modo se pueden satisfacer fines sociales, además de individuales, especialmente en aquellos países en que el índice de pobreza o el crecimiento de la población (o ambos) se consideran un problema.

Reconocemos que desde algunos puntos de vista religiosos y filosóficos, no todos estos métodos son moralmente aceptables, y en muchos países son la causa de un debate permanente. No es nuestro objetivo entrar en estos debates, sino tan sólo apuntar que por lo general se considera aceptable en todo el mundo utilizar conocimientos médicos para objetivos de planificación y limitación familiar, siempre que exista consentimiento informado, una supervisión y un seguimiento médico adecuados y ausencia de coacciones legales o sociales. La necesidad de contar con unos métodos mejores y más baratos para controlar la natalidad es una cuestión de prioridad absoluta (véase al final la discrepancia del grupo eslovaco).

Usos de la medicina aceptables bajo determinadas circunstancias. Una cuestión más reciente, pero no menos polémica, es la del uso del conocimiento médico para mejorar o perfeccionar características naturales del hombre. Desde hace algún tiempo, con el desarrollo de las tecnologías genéticas y farmacológicas, este uso se ha percibido como posibilidad real. En los últimos años también se ha observado el surgimiento de la medicina predictiva, las pruebas para la detección precoz de enfermedades hereditarias, el diagnóstico prenatal y la terapia fetal. La mayoría de estas últimas posibilidades caen dentro de fines establecidos de la medicina, con objetivos fundamentalmente terapéuticos o preventivos. Pero el uso de la hormona de crecimiento para aumentar la altura de quienes, estando sanos (es decir, sin padecer deficiencia hormonal), desean una mayor estatura por razones de beneficio social, presagia otras formas de optimización de la naturaleza humana que con toda seguridad aparecerán en un futuro. El uso de esteroides anabólicos para aumentar el rendimiento atlético es ya un problema generalizado en muchos deportes, tanto en el ámbito amateur como en el profesional.

Aunque consideramos que no es ni posible ni deseable tratar de prohibir todos los esfuerzos por optimizar o mejorar las características naturales del hombre, pensamos que es necesario mostrarse muy precavidos y escépticos al respecto. No existen unos conocimientos sólidos que sirvan de fundamento a los intentos de mejorar la naturaleza humana, no hay consenso en cuanto a qué se consideraría una mejora, y ninguna forma de saber si las consecuencias genéticas o sociales a largo plazo serían positivas o negativas. Tampoco hay consenso social en ningún lugar acerca de la mejor forma de proceder con este plan de “optimización”, cómo podría realizarse de forma equitativa, y si justificaría el desvío de recursos asignados ahora a otras necesidades y fines médicos más establecidos. La obligación de demostrar su deseabilidad recae en gran medida en aquellos que desean proponer y perseguir un plan de optimización humana.

Podría ser aceptable en determinadas circunstancias, pero no debería ser posible justificarlo fácilmente (y probablemente no lo sea). Sería imprescindible prestar especial atención y asegurar una estricta regulación de todo el proceso.

Usos de la medicina inaceptables, excepto en circunstancias muy concretas y excepcionales. Los conocimientos genéticos se encuentran en un nivel de desarrollo tan avanzado que resulta posible obtener cierta información predictiva razonablemente fiable acerca de la futura salud del recién nacido, e incluso del feto dentro del útero. El Proyecto Genoma Humano y otras investigaciones genéticas contribuirán muy probablemente a aumentar la capacidad predictiva de la medicina. Si bien resulta aceptable emplear la medicina predictiva con el fin de alcanzar un mayor conocimiento de la propia persona o de elaborar posibles estrategias preventivas, es probable que este tipo de conocimiento también conduzca a una tendencia, tanto individual como social, cada vez más marcada a estigmatizar a las personas y amenazar sus futuras posibilidades de empleo, seguro y bienestar. Estos casos representarían usos inaceptables de información médica. La existencia de diagnósticos prenatales ya está generando presiones en torno a la continuidad o interrupción de embarazos de niños con riesgo de deficiencias o discapacidades, además de que facilitan prácticas como el aborto de fetos femeninos, un abuso que se comete en muchas partes del mundo. Sin embargo, estas tecnologías se lanzaron originalmente en los años sesenta, simplemente como método neutral de ampliar los conocimientos y las opciones en este campo.

La propagación del sida ha generado, en muchos sitios, un conflicto aparente entre la necesidad de la salud pública de identificar a los portadores del virus y rastrear las vías de contacto, por una parte, y la protección de la intimidad y las libertades civiles, por otra. Sin embargo, también pudiera ser que este conflicto ni siquiera fuera real. La relación entre médico y paciente, caracterizada por la confianza y el respeto de la intimidad, podría colocar al primero en una posición privilegiada para el fomento de comportamientos socialmente responsables. Sin embargo, lo más probable es que los conflictos de esta índole no hagan más que aumentar, no sólo debido a la importancia de perseguir activamente los fines de la salud pública, sino también porque, con toda seguridad, el conocimiento de los peligros que amenazan a corto y largo plazo a la población, e incluso al mundo, será más preciso y contundente.

En los próximos años, es muy probable que crezca la tentación de utilizar técnicas y conocimientos médicos para manipular o coaccionar a grupos de personas o a sociedades enteras en aras de una supuesta mejora de la salud, el

bienestar social o el control de costes. Ante el triste ejemplo del movimiento eugenésico de finales del siglo XIX y principios del XX, esta es una evolución que habrá que resistir y, en cualquier caso, no perder de vista. El aborto bajo coacción, el sometimiento obligatorio a pruebas de diagnóstico prenatal y para la detección precoz de enfermedades hereditarias, así como la casi imposición de cambios en hábitos relacionados con la salud no son peligros meramente teóricos. La coacción de las personas por medios médicos representa un peligro potencial que, sin embargo, se manifiesta ya de forma clara en muchos lugares; una amenaza a la institución de la medicina y a la libertad y dignidad humanas.

La autonomía y el bienestar social como fines médicos. La medicina contemporánea ha experimentado en muchos países una gran evolución hacia un mayor reconocimiento del respeto que se debe a las personas; principio que se recoge en la mayoría de las declaraciones internacionales. Este respeto se ha entendido comúnmente, en su sentido más amplio, como un derecho a la autodeterminación, o autonomía, en la medicina y la asistencia sanitaria. En cierto modo, la medicina siempre ha tratado de fomentar algunas formas de autonomía, como en el caso de los discapacitados físicos o mentales, y en general, la salud de los individuos ha sido siempre una de sus preocupaciones básicas. Pero ahora se argumenta que, en un sentido aún más amplio, la autonomía se debería considerar como fin en sí, quizás incluso como “fin supremo” de la medicina: la plena autodeterminación en el ejercicio de cada vida. ¿No es cierto que el fin ulterior de la buena salud es vivir una vida propia, con libertad de acción y sin las limitaciones que representa una enfermedad? La salud tiene efectos positivos en la posibilidad de gozar de libertad, pero sería un error pensar que ésta última constituye un fin de la medicina. La salud es una condición necesaria para la autonomía, pero no suficiente, y la medicina no puede aportar esa suficiencia. Dado que muchas otras instituciones, como la educativa, fomentan esa libertad, resulta obvio que la medicina no es la más apropiada para promocionar ese bien, incluso aunque en ocasiones sus contribuciones al fomento de la autonomía sean decididamente valiosas.

El ámbito propio de la medicina es el bien del cuerpo y de la mente, y no el bien completo de la persona, al que sólo puede contribuir como un factor más, e incluso en ese caso, únicamente en determinados aspectos de la vida. La medicina se pone a sí misma en peligro si se considera un mero instrumento para ampliar las opciones y satisfacer los deseos individuales, e incita a que la sociedad la emplee con motivos que no guardan relación con la salud. En oca-

siones, este uso podría ser aceptable, lo cual no implica convertir la actividad médica en un medio para la consecución de fines privados.

Del mismo modo que sería un error considerar la autonomía como un fin fundamental de la medicina, por su excesivo individualismo, lo mismo ocurre con el bienestar social, esta vez demasiado colectivo. Si el recuerdo del intento por parte de la eugenesia médica de servir a una visión pervertida de la sociedad no es suficiente aviso en sí, existen también otras razones para la precaución. La medicina no tiene la capacidad de determinar en qué consiste el bien general de la sociedad. Para desempeñar un papel general en la promoción del bienestar social más allá de la mejora de la salud de los ciudadanos, la medicina tendría que contar con la capacidad para definir ese bien general, para así determinar cuándo podría poner sus técnicas al servicio de fines sociales, o subordinadas a los mismos. La medicina no dispone de dicha capacidad y, de permitir que la usaran de este modo, pondría en grave peligro tanto su integridad como sus fines propios. Una sociedad que emplee la medicina para eliminar sistemáticamente a los débiles o enfermos, para servir a fines políticos partidistas, para convertirse en sierva de la autoridad política, o incluso de la voluntad del pueblo, perdería igualmente su integridad e identidad propias.

OBJETIVOS PRÁCTICOS Y SUS IMPLICACIONES

El replanteamiento de los fines de la medicina debería ayudar a responder tres importantes preguntas: ¿Cuáles deberían ser las prioridades de la investigación biomédica en el futuro? ¿Qué implicaciones tienen los fines de la medicina en el diseño de los sistemas de salud? ¿Qué formación deberían recibir los médicos para cumplir más satisfactoriamente con los fines de la medicina?

Fines de la medicina, medios de la investigación. Durante más de un siglo el modelo dominante en la investigación médica ha sido biomédico: analítico, bioquímico y a veces reduccionista, y ha tratado de determinar las causas y mecanismos de la patología física y mental en un plano biológico lo más profundo posible. Como modelo ha sido sumamente fructífero. Fue particularmente eficaz en generaciones anteriores para reducir en gran medida las enfermedades infecciosas (su objetivo más importante), y ofrece la posibilidad de hacer otro tanto en el futuro, mediante la genética molecular, con todo tipo de enfermedades. Cuando funciona bien, el modelo biomédico no solamente puede ser aplicado clínicamente, sino que también representa un instrumento útil para el médico que se enfrenta a enfermedades específicas.

Sin embargo, debido a todo su potencial, el modelo biomédico tiene un lugar excesivamente preponderante en la medicina moderna. En los países desarrollados ha resultado inadecuado para muchas de las necesidades y posibilidades médicas. En algunos países en vías de desarrollo ha propiciado un decantamiento desproporcionado hacia su vertiente más científica, frecuentemente a expensas de la calidad en los servicios de salud. El modelo adolece de dos carencias obvias de carácter general, una a cada extremo del espectro. Del lado clínico, un modelo puramente biomédico conduce con excesiva frecuencia a un enfoque reduccionista de los pacientes, que alenta a los clínicos a tratarlos no como un todo, sino como una colección de órganos y sistemas moleculares. Este enfoque corre el riesgo de pasar por alto disfunciones en un único órgano o sistema, lo cual puede afectar sobremanera la vida del paciente en su totalidad, así como otros aspectos relativos a su salud. Resultará aún más inadecuado para aquellos pacientes con insuficiencias multiorgánicas, tan características en personas de avanzada edad y en los que sufren enfermedades crónicas o discapacidades, que deben forjarse una nueva personalidad para ser capaces de convivir indefinidamente con la enfermedad. Un modelo reduccionista a menudo no satisfará las necesidades de los pacientes como personas completas y complejas. Además, si se tiene el convencimiento de que la razón

de ser del modelo es la lucha contra la muerte en cuanto enemigo supremo, lo que prevalecerá será una medicina incapaz de percibir la inevitabilidad orgánica y (para algunos) religiosa de la muerte. Sería más provechoso un modelo de investigación que se centrara en la interacción entre las diferentes afecciones y sus efectos conjuntos, así como entre los niveles macro y micro del organismo humano.

Por lo que respecta a la investigación sobre la población y la salud pública, un modelo biomédico reduccionista no resulta menos deficiente. Por una parte, el hecho de que el contexto y el medio influyan profundamente en cómo se manifiesta la enfermedad demuestra que hay mucho más que causas y reacciones bioquímicas involucradas. Por la otra, la investigación epidemiológica ha demostrado, de un modo no del todo bien comprendido, que la clase social, los ingresos, la educación y otros factores sociales pueden afectar poderosamente la incidencia y prevalencia de las enfermedades, lo cual sugiere que los periplos causales de las enfermedades tienen muchas dimensiones. Estos hallazgos ponen en duda muchas de las suposiciones acerca de qué se considera investigación útil. La epidemiología también ayuda a clarificar el patrón general de diferentes enfermedades en la sociedad, algo que el modelo biomédico, o la investigación orientada obstinadamente a la enfermedad, no puede hacer. En particular, la epidemiología revela unos patrones de mortalidad que demuestran que la muerte no se erradica, sino que se traslada de un grupo de enfermedades a otro (la tasa de mortalidad por enfermedad cardíaca se ha reducido entre los ancianos, mientras que la de los casos de cáncer ha aumentado), así como patrones de morbilidad que ayudan a explicar las distintas formas de cómo, de mejor o peor manera, las personas envejecen y se adaptan a las enfermedades crónicas.

Dos reformas urgentes en la investigación. Dos reformas fundamentales en materia de investigación nos parecen urgentes. La primera de ellas es aumentar el uso del modelo biopsicosocial en la práctica clínica para promover la investigación sobre la interacción de los factores biomédicos y genéticos con los factores sociales y psicológicos en las causas y manifestación de las enfermedades. Esto será particularmente importante con relación al caudal de conocimiento generado por el Proyecto Genoma Humano que puede acabar interpretándose confusa y maliciosamente si se lo saca de su contexto ambiental y social y de sus usos y abusos sociales. Otro objetivo de la investigación, íntimamente relacionado con el anterior, que debería recibir mayor atención es el de los aspectos cualitativos de la salud y la enfermedad: la forma en que los individuos interpretan y responden a la enfermedad, y la manera en que las

sociedades y las culturas modelan los significados atribuidos a la salud y la enfermedad. La investigación antropológica, sociológica y psicológica ganaría así tanta importancia como la investigación biomédica dominante. La antropología y la sociología médicas son, por tanto, importantes disciplinas que merecen un mayor desarrollo. Aspectos como la “calidad” en la asistencia sanitaria, las expresiones culturales y económicas de las “necesidades” de la medicina y la dinámica de la “comunicación” médico-paciente son algunos ejemplos de lo que serían líneas de investigación productivas.

La segunda reforma representa una inversión considerablemente mayor en investigación sobre epidemiología y salud pública. Seguramente esta inversión será tan fructífera, por lo que respecta a la comprensión de las causas y consecuencias de las enfermedades, como lo pueda ser el trabajo que de manera paralela se está realizando en materia de genética molecular. Es importante que los esfuerzos que se realizan para promover la salud cuenten con datos epidemiológicos de buena calidad. Estos datos no solamente ayudarán a educar a las personas para que cuiden de sí mismas, sino que también servirán para reducir la confusión y el escepticismo inducidos por la información de poca calidad, a veces contradictoria y cambiante, sobre los riesgos y beneficios para la salud. Se necesita restaurar la dimensión poblacional de la salud, que en su momento estuvo bien arraigada, pero que ha quedado relegada a un segundo término en las últimas décadas, al destacado lugar que por derecho le corresponde. Aquí radica nada menos que la clave del éxito de los programas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. ¿Qué se puede hacer para modificar los hábitos perjudiciales para la salud? ¿Cuáles son los mejores medios para prevenir las enfermedades? Lamentablemente la investigación sobre prevención y promoción ha sido deficiente si se compara con la investigación biomédica (curativa) habitual. Tanto por lo que respecta a la medicina clínica como a la salud pública, es preciso fortalecer en gran medida la capacidad de investigación de las ciencias sociales. Un trabajo epidemiológico a nivel mundial para determinar las causas con un componente social de las enfermedades sería tan pertinente como el actual esfuerzo para el mapeo del genoma humano. Al mismo tiempo, subsisten desigualdades en materia de investigación. Como ha señalado la Organización Mundial de la Salud, sólo el 5% del gasto mundial en investigación sanitaria está relacionado con las necesidades de los países en vías de desarrollo, que son los que sufren el 93% de la mortalidad prematura.

Enfermedades crónicas e infecciosas. La necesidad de investigar las enfermedades que todavía causan la muerte prematura es una característica evidente de una medicina que confiere la más alta prioridad a ayudar a las personas a dis-

frutar de una vida completa. Es de especial importancia una mayor investigación sobre aquellas enfermedades y afecciones que amenazan la vida de los niños, jóvenes y adultos de mediana edad. En algunos lugares del mundo, será preciso que la investigación se centre en cuestiones de salud pública (como en Europa Central, con su alta tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares), mientras que en otros lugares el enfoque puede que tenga que ser sobre todo de tipo bioquímico, mediante el cual se tratará, por ejemplo, de controlar la malaria y otras enfermedades tropicales. El resurgimiento universal de las enfermedades infecciosas constituye un objetivo evidente para la investigación. ¿Qué está sucediendo y por qué? ¿Qué necesitamos entender sobre la persistencia de las enfermedades infecciosas? La investigación sobre cuidados paliativos y control del dolor está todavía en su infancia, y es un ingrediente necesario para mejorar la asistencia médica a los pacientes con enfermedades agudas o crónicas.

Un gran desafío a nivel mundial para los años venideros será el de las enfermedades crónicas y, en particular, el de la calidad de vida de quienes las sufren. Será importante, por lo tanto, que la investigación cuente con los recursos necesarios para estudiar y comprender este fenómeno. La investigación puede ayudar a encontrar mejores formas de tratar la morbilidad y la discapacidad que la prolongación de la vida conlleva. Estos problemas supondrán los mayores costes personales, sociales y económicos en cuanto a la asistencia no sólo de los ancianos, sino también de grupos especiales de jóvenes, como los que padecen sida o diabetes. Aunque se han puesto muchas esperanzas en la idea de que se pueda reducir la morbilidad en el tramo final de la vida, no parece haber indicios que avalen fehacientemente dicha posibilidad. Como tampoco está totalmente claro qué estrategias clínicas y de salud pública tienen más posibilidades de posponer o demorar la aparición de las enfermedades y discapacidades. Este es un destacado horizonte para la investigación, que puede ser más importante para el bienestar de la sociedad que para la lucha continuada contra las enfermedades letales. No obstante, un resurgimiento de las enfermedades infecciosas significará en muchos lugares la necesidad de tener abiertos dos frentes de lucha.

Evaluación de la tecnología e investigación de resultados. Una de las características principales de la medicina contemporánea es su dependencia, tanto clínica como económica, de la tecnología, ya sea diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora. Aunque la presencia de la tecnología sea más prominente en los hospitales que en la asistencia primaria, no deja de ser al mismo tiempo fuente de gran orgullo para los investigadores, muy solicitada tanto por el público como

por los profesionales, y objeto de tensiones económicas. Gran parte de la tecnología médica, encabezada por las vacunas e inmunizaciones, es extremadamente beneficiosa. Pero parte de ella aporta un beneficio limitado o, quizás más frecuentemente, un beneficio incierto. Sin embargo, las aspiraciones económicas de las industrias farmacéuticas y de equipamiento médico fomentan la innovación continua; las sociedades que envejecen generan crecientes necesidades y deseos; la formación médica está orientada hacia la tecnología; y el público pide soluciones tecnológicas sencillas, ya que con frecuencia resultan mucho más atractivas que adoptar un cambio de estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, mediante el que se podrían conseguir mejores resultados a largo plazo.

Por todas estas razones, en el futuro será necesario incrementar enormemente la investigación sobre toda una serie de aspectos de la tecnología médica, que abarque tanto los sistemas de información y procesamiento de datos como modos de diagnóstico y tratamiento. Debería alentarse y dar mayor apoyo financiero al creciente interés por la evaluación de la tecnología y la investigación de resultados. Tal iniciativa debería abarcar la medicina de alta tecnología, que usualmente se encuentra en clínicas y hospitales, y las diversas formas de tecnología de menor complejidad, perteneciente por lo general a la asistencia ambulatoria. Sin embargo, esta iniciativa tendría escasas repercusiones sin un esfuerzo paralelo desde la ciencia ética y social para comprender el trasfondo económico, profesional y moral que modela la forma en que los médicos y demás personal sanitario reaccionan ante los hallazgos de la investigación en materia de eficacia y resultados de la tecnología. Asimismo, también es preciso investigar sobre los procedimientos y mecanismos que pueden alentar a los médicos a cambiar sus conductas cuando es evidente que deberían hacerlo.

La evaluación de los resultados (y el desarrollo de directrices para el ejercicio de la profesión, con el que guarda relación) muestra el conflicto entre la medicina como arte y la medicina como ciencia. Esta antigua cuestión, en modo alguno resuelta por el reciente énfasis en la medicina probabilística, precisa ser investigada más a fondo. El juicio individual nunca puede ser completamente reemplazado por el cálculo de probabilidades; más bien, este último remarca la necesidad de la evaluación individual y el juicio concreto y discreto. No resulta menos imperioso que la evaluación de la tecnología tome en cuenta no solamente las consecuencias clínicas, sino también las consecuencias sociales de la innovación tecnológica. ¿Qué repercusiones tendrá dicha innovación en los centros docentes, la familia y el gobierno? ¿Cómo podrían las nuevas tecnologías modificar las prioridades y propósitos individuales y sociales? Estas preguntas son tan importantes como las referidas a la eficacia clínica

de las nuevas tecnologías. Y darles respuesta no es menos importante que la necesidad de examinar cuidadosamente la tendencia habitual de introducir nuevas tecnologías antes de que hayan sido estudiadas en profundidad. La adopción prematura de tecnologías hace subir los costes y hace más difícil disminuir o eliminar el uso de aquellas que no resultan ser eficaces o beneficiosas con relación a su coste. La medicina predictiva, que utiliza los nuevos conocimientos genéticos, requiere asimismo que se le preste cuidadosa atención, porque si bien es útil para muchas personas, puede también generar un conocimiento extremadamente ambiguo o poco fiable. Por ahora su valor en modo alguno es evidente.

Medicina alternativa. La investigación biomédica contemporánea ha tendido a ser escéptica, y a veces despectiva, con los métodos diagnósticos y terapéuticos no alopáticos. Sin embargo, históricamente, la medicina alternativa ha contribuido a la salud y al bienestar de muchas personas a lo largo de los siglos, y aún contribuye en muchos países, siendo el de China el caso más notable. Es posible mantener la mente abierta con relación a la medicina “tradicional” y al mismo tiempo tratar de evaluar su eficacia científicamente. En muchos países desarrollados, entre el 30 ó 40% de la población recurre a formas alternativas de medicina. Este hecho demuestra hasta qué punto se da una falta de fe en la medicina científica establecida; también demuestra que existe un deseo por encontrar tratamientos más satisfactorios que los que ofrecen los modelos de asistencia médica establecidos en el mundo occidental; y nos indica que es preciso prestar atención a qué es exactamente lo que la medicina alternativa ofrece a los pacientes. El énfasis en la relación cuerpo-mente, difícil de aprehender pero fundamental en la naturaleza humana, es un campo apropiado para la investigación tanto de la medicina científica como de la tradicional.

Los fines de la medicina y la prestación de asistencia sanitaria. Si bien la medicina no puede por sí misma, ni siquiera en el mejor de los casos, dotar de salud a una sociedad, su papel en los sistemas sanitarios puede contribuir enormemente a tal fin. Conseguirlo en el futuro requerirá una coordinación mucho mayor entre la medicina y la salud pública, y un conjunto de prioridades para los sistemas de salud que se concentren en las posibilidades más importantes de la medicina. Lo que se ha dado en llamar la “nueva salud pública” está trabajando a conciencia para desarrollar relaciones más sólidas entre las facultades de medicina y las escuelas de salud pública, al igual que entre las asociaciones médicas y de salud pública.

El establecimiento de prioridades claras y significativas será una tarea enorme en los próximos años. Tales prioridades deben estar basadas en el mejor conocimiento médico, humanístico y social, y estar minuciosamente vinculadas a los recursos sociales disponibles. Damos por sentado que cualquier sociedad civilizada debería garantizar a todos sus ciudadanos un nivel mínimo aceptable de asistencia sanitaria, independientemente de su poder adquisitivo (véase al final la discrepancia del grupo danés). Más allá de dicho nivel mínimo (ya sea financiado a través de impuestos generales o planes de las empresas), los pacientes podrían tener la posibilidad de acceder a servicios adicionales mediante su pago. Pero la clave para conseguir una mejora en la salud de la población sería alguna forma de sistema sanitario nacional, el cual debería contar con políticas claras.

Cómo establecer prioridades. ¿Cómo deberían establecerse las prioridades para los servicios de salud? Por regla general, el procedimiento idóneo para determinar las prioridades debería involucrar a todos los implicados en el sistema de salud: el personal médico y sanitario, los funcionarios de la Administración, los proveedores de empleo y los ciudadanos, quienes se esforzarían por representar los intereses de los enfermos y de la sociedad. Los debates públicos y profesionales organizados, las encuestas de opinión y la educación a través de los medios de comunicación desempeñarían un importante papel integrador. El objetivo debería ser desarrollar, dentro de lo posible, un consenso nacional o, al menos, consensos locales que contasen con unos procedimientos y principios ecuanímenes, y que estuvieran justificados desde un punto de vista científico. Un sistema de salud que sepa gestionar sus recursos eficazmente, será más racional y podrá sacarle el mayor provecho al dinero invertido. Muy probablemente, al tratar de establecer prioridades y alcanzar la eficiencia y ecuanimidad, emergerán algunos dilemas difíciles, los mismos que surgirán al tratar de equilibrar las opciones individuales con el bien común. No obstante, un debate abierto, público y profesional, sobre tales dilemas servirá para alcanzar acuerdos. En los asuntos donde haya una falta de acuerdo inicial, precisamente ese carácter abierto de los debates propiciará que con el paso del tiempo se produzcan los cambios y adaptaciones necesarias. Parte integrante de dicho debate sería discutir cuáles son los fines de la medicina.

Es preciso establecer prioridades en dos niveles: el del lugar que la medicina y la asistencia sanitaria ocupan en el conjunto de la economía de un país, y dentro del propio sistema de salud. En el ámbito nacional, será importante prestar atención a las condiciones sociales de fondo que comportan consecuencias médicas y de salud, como por ejemplo la pobreza; también habrá que

buscar una distribución equitativa de recursos para la asistencia sanitaria en relación con otros sectores de la sociedad, y su distribución también equitativa en el seno de la propia asistencia sanitaria; será preciso disponer de un lugar bien concebido y articulado para la medicina y la asistencia sanitaria dentro de los planes nacionales de desarrollo (especialmente en los países en vías de desarrollo); y habrá que asegurar al público un papel prominente a la hora de establecer prioridades.

En el ámbito del sistema de salud, las estrategias prioritarias deberían comenzar a ser construidas de abajo hacia arriba, cerciorándose de que existe un buen sistema público de salud, para luego desplegar, sobre la base de aquél, un esquema de asistencia primaria básica, al igual que otro para las urgencias. El énfasis que la Organización Mundial de la Salud pone en la asistencia primaria desde 1978, con el fin de lograr una asistencia equitativa para el año 2000, ha supuesto una valiosa aportación al respecto. Las necesidades básicas de los niños, los ancianos frágiles e incapaces de valerse por sí mismos, los enfermos mentales más graves y los enfermos crónicos deberían ser parte del plan fundacional. Posteriormente, a medida que se disponga de recursos, los sistemas de salud podrán aportar tecnologías avanzadas, como unidades de cuidados intensivos neonatales y de adultos, cirugía a corazón abierto, trasplantes de órganos, formas avanzadas de rehabilitación o diálisis renal. Así pues, un sistema de salud debería estar organizado de manera que comenzara por mejorar la salud de la población y luego, a medida que los recursos lo permitieran, aportara aquellas formas más costosas y elaboradas de medicina, esas que satisfacen mejor las necesidades particulares. Un sistema de salud sólido respetará y utilizará con sabiduría a los profesionales y especialidades que enriquecen y aportan diversidad y conocimientos prácticos a la asistencia de los enfermos: enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas y técnicos, la mayoría de los cuales ya trabajan en colaboración con los médicos y realizan contribuciones que son igualmente importantes.

La transición hacia el concepto de asistencia médica en equipo puede significar un cambio en las responsabilidades tradicionales de los médicos y del personal sanitario. Esta es un área poco estudiada, pero que puede resultar de creciente importancia en los próximos años. Determinar dónde recae la responsabilidad en sistemas complejos seguirá siendo una necesidad urgente, que se tendrá que ir revisando de cuando en cuando.

La gran mayoría de sistemas de salud del mundo son incapaces de integrar los servicios médicos y los asistenciales o de bienestar social, una necesidad de

particular importancia para los ancianos y los enfermos crónicos. Esta integración tendrá un aspecto económico, que incluirá la provisión de formación y programas sociales para los ancianos; un aspecto sociocultural, en el que se trabaje para fomentar el tipo de relaciones familiares que facilitan la atención a los mayores y a los enfermos crónicos; un aspecto sanitario, mediante el desarrollo de modelos asistenciales y paquetes de cobertura sólidos; y un aspecto psicológico, en el que se trabaje para mejorar las condiciones anímicas y psicológicas de los ancianos y enfermos crónicos, ayudándoles, en lo posible, a dotar sus vidas de significado. Los servicios de rehabilitación requieren de una buena relación entre las familias y los sistemas de salud. Esto es igualmente cierto en la asistencia de los que sufren demencias, para los ancianos más frágiles y para los niños que reciben atención domiciliaria.

La medicina y el mercado. Apenas cabe la menor duda de que la fuerza económica que más influencia ejerce sobre los sistemas de salud mundiales es la del mercado. El “mercado” puede ser entendido en varios sentidos, pero la mejor interpretación quizá sea la de que, en teoría, es el mecanismo que permite a los individuos, y no al Estado, ejercer la libertad de elección; es también una manera de promover una distribución más eficiente de las mercancías, lo cual se consigue mediante la libre competencia privada, y que constituye un modo de proporcionar incentivos y desincentivos para modificar el comportamiento de la oferta y de la demanda. Para un número creciente de países, la orientación hacia el mercado combina el deseo de contar con mayores opciones por parte de los pacientes, con el deseo de los gobiernos de aliviar su carga económica y, por ende, de forzar a los pacientes y los proveedores de empleo a hacerse cargo, en mayor proporción, de los costes de la asistencia sanitaria. La privatización, plena o parcial, de los sistemas de asistencia sanitaria antes en manos públicas, ha procurado uno de los medios más importantes para la introducción de estrategias de mercado.

No es este el lugar de entrar en un análisis a fondo de la medicina y el mercado, pero podemos afirmar lo siguiente: el mercado plantea al mismo tiempo grandes posibilidades y grandes riesgos para la medicina y la asistencia sanitaria. Sus posibilidades son la ampliación de la oferta, la mayor eficiencia económica, el control de los costes, el mayor progreso tecnológico, la innovación de utilidad y la satisfacción de una amplia gama de deseos personales. Sus riesgos no son menos evidentes. El más obvio es que la reducción de la responsabilidad del gobierno socavará sus funciones más importantes en la actualidad: la de procurar un buen sistema público de salud, garantizar a todo el mundo un nivel mínimo de asistencia básica y aceptable, y supervisar asimismo la calidad

y los estándares profesionales. Desde un punto de vista más general, los riesgos del mercado incluyen la introducción de una serie de valores económicos ajenos a la medicina, cuyos fines inherentes han sido históricamente filantrópicos y altruistas, no comerciales; otro riesgo, a pesar de lo que propugne la ideología del mercado, sería el de una verdadera disminución de las opciones a disposición de los pacientes; un incremento en la brecha entre la asistencia sanitaria disponible para la clase acomodada y para los pobres; el debilitamiento de los apartados de los sistemas de salud que dependen particularmente de los entes públicos (especialmente la salud pública); el incentivo comercial para desarrollar tecnologías muy costosas (y por ende más lucrativas) dirigidas a la medicina individualizada, en vez de programas de prevención y asistencia primaria que requieren un uso menos intensivo de la tecnología; por último, también se corre el riesgo de fomentar entre la gente la idea de que se puede recurrir a la medicina para satisfacer necesidades y deseos que pueden ser atractivos comercialmente, pero que quedan lejos de los objetivos tradicionales de la medicina o de los aquí propuestos. Todo se puede comprar y vender, transformándose así en mercancía, cosa que puede corromper fácilmente algunos bienes, valores e instituciones. La salud es un bien humano fundamental y la medicina una forma elemental de fomentarlo; y su comercialización, aun en aras de la eficiencia y de la ampliación de la oferta, corre el gran riesgo de socavar tanto la salud como la medicina. Lo que está en juego aquí es la integridad de la propia medicina. La privatización y comercialización de la medicina llevadas a un extremo excesivo y desequilibrado minan seriamente los objetivos de la medicina.

Establecer prioridades bajo la sombra del mercado será particularmente difícil si la Administración no retiene un papel determinante en la dirección del sistema de salud en su conjunto. Los mercados no tienen la capacidad de determinar prioridades sociales de una manera prudente, ni comulgan con los objetivos de la medicina. En todos los países existirá, en el futuro, la necesidad de determinar cuál será el núcleo de servicios básicos para todos los ciudadanos, al igual que la de delinear claramente los respectivos cometidos de los sectores público y privado. Será también necesario fomentar la cooperación entre los sectores y llevar a cabo un esfuerzo común para el uso más eficiente de la información y la tecnología médicas. Aunque los integrantes de nuestro grupo de investigación provenientes de países en desarrollo fueron los que de manera especial subrayaron estas necesidades ante las fuerzas del mercado, tales preocupaciones no parecen menos aplicables a las naciones desarrolladas. La necesidad de contar con la solidaridad internacional es particularmente

importante por tal motivo. La cooperación y la asistencia mutua son un imperativo para desplegar y, por lo tanto, evaluar las estrategias de mercado.

Los objetivos de la medicina y la formación de los médicos. En su vertiente docente, la medicina contemporánea lleva muchas décadas centrándose en el modelo que se ha denominado del “diagnóstico y tratamiento”. Al estudiar científicamente la enfermedad o patología, mediante la identificación de relaciones causales bien fundamentadas, se espera encontrar la explicación de la enfermedad descrita por el paciente. Así, la respuesta apropiada por parte de la medicina se supone que es tecnológica, diseñada para erradicar la causa de la enfermedad. Debido a su éxito en muchos casos y a su simplicidad lógica como método, el del “diagnóstico y tratamiento” seguirá siendo un modelo central sólido que contará con gran aceptación en la enseñanza de la medicina. Pero las carencias de este modelo son muchas: la distorsión de la relación entre médico y paciente; la incapacidad de aportar una buena formación que sirva para abordar las complejidades tanto médicas como sociales de las enfermedades crónicas y las discapacidades; el flagrante descuido de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; y el plano secundario a que se han relegado las humanidades médicas. Se han desarrollado escasos métodos verdaderamente satisfactorios para evaluar la eficacia de la enseñanza de la medicina a largo plazo, a pesar de los esfuerzos por reformar los sistemas de formación médica con el fin de incorporar en ellos maneras de pensar más fecundas. Los métodos de evaluación más característicos examinan principalmente el conocimiento objetivo de la materia.

La fragmentación del paciente. La deficiencia más flagrante del modelo del “diagnóstico y tratamiento”, como ocurre con el paradigma de investigación biomédica sobre el que se basa, es que si se interpreta de forma simplista, fragmenta la persona del paciente en una colección de órganos y sistemas del organismo. Fragmentación que a veces carece de importancia, como ocurre en la cirugía de urgencia, pero que con frecuencia no permite captar por completo las dimensiones psicológicas y anímicas de la enfermedad del paciente. Con demasiada frecuencia enajena a los pacientes de los médicos, quienes parecen percibir exclusivamente a sus pacientes como portadores de patologías que hay que erradicar. Una relación médico-paciente fecunda y sólida, la que históricamente se ha encontrado en el núcleo de la medicina, continúa siendo una necesidad fundamental y constante. Es tanto el punto de partida de la educación médica como la clave para la comprensión del paciente como persona. Asimismo, los cambios en la gestión de la asistencia sanitaria y en la política de salud pública van a ampliar el papel del personal sanitario no facultativo, y

habrá una mayor necesidad de que los médicos participen más en la planificación de la salud pública. Estas nuevas necesidades colocan al modelo del “diagnóstico y tratamiento” en un plano menos favorable, e incluso anacrónico.

A los estudiantes se les debería familiarizar desde el comienzo de su formación con el amplio espectro y con la complejidad de la salud, la enfermedad, la dolencia y el malestar. Deberían recibir formación que les hiciese conscientes de los problemas ocasionados por las condiciones psicológicas y sociales bajo las cuales viven las personas; condiciones que cada vez más desempeñan un papel de enorme importancia en la enfermedad y la ansiedad que esta supone. Los factores multicausales que las enfermedades manifiestan y la reveladora información obtenida merced a la perspectiva de la salud poblacional son de una importancia vital. Al inicio de los estudios en medicina, el hincapié que normalmente se hace en la anatomía, la fisiología y la bioquímica puede dar a los estudiantes una falsa impresión: que en dichas disciplinas y ciencias yace el secreto de los objetivos de la medicina. La verdad es que no constituyen el secreto en sí, sino tan solo una parte del mismo.

Las humanidades médicas y las ciencias sociales. Un enfoque excesivamente reduccionista y científico de la salud y la enfermedad puede tener tanto de opaco como de revelador. Una dirección más fructífera es la que toman aquellas reformas educacionales que optan por introducir rápidamente a los estudiantes en el trato con los pacientes y en la familiarización con las humanidades médicas. El objetivo final es una mejor integración entre la vertiente técnica y la humana de la medicina; alcanzarlo requiere prioridades más claras en la formación médica y metodologías innovadoras. Las humanidades médicas y las ciencias sociales, que abarcan en particular el derecho, la ética, las técnicas comunicativas y la filosofía de la medicina, así como la antropología médica y la sociología de la medicina, pueden ayudar a los estudiantes a entender el marco humano y cultural (o multicultural) de su profesión y disciplina. La materia Historia de la Medicina, que se ha visto amenazada por los cambios en los planes de estudios de algunos países, sigue siendo indispensable para que los estudiantes entiendan el nacimiento y desarrollo de su campo profesional.

Es importante que estas materias no solamente sean presentadas mediante clases y discusiones, sino que también se vean reforzadas y apoyadas en la formación clínica de los nuevos médicos, enfermeros y demás trabajadores de la salud. Evidentemente, la formación médica no puede abarcar toda la gama de las humanidades y de las ciencias sociales. Tampoco es necesario. Pero una buena formación médica puede fomentar la capacidad para moverse con sol-

tura entre el estrecho enfoque científico y la visión gran-angular del contexto social y humano de la enfermedad. La diversidad social y cultural representa el telón de fondo de las enfermedades individuales, y la afección del paciente rara vez puede ser completamente evaluada sin tener en cuenta dichos factores.

En este contexto resulta evidente la necesidad de mejorar el papel del médico en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el médico como consejero y educador del paciente. El modelo del “diagnóstico y tratamiento”, con su énfasis en el tratamiento y curación a posteriori, sugiere al médico novel que el papel de la medicina comienza solamente cuando los pacientes están enfermos y necesitan ayuda. Es un grave error. Mientras el cuidado de los enfermos es extremadamente importante, también lo es la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Los programas de salud pública deberían ocuparse de una parte importante de la promoción de la salud, pero difícilmente podrán hacerlo sin la cooperación activa de los médicos que interactúan con los pacientes personalmente. Ambos enfoques, el orientado a la población y el orientado a la persona, son necesarios y pueden potenciarse mutuamente.

A muchos pacientes, aunque se les pueda realizar un diagnóstico correcto, no se les podrá ayudar desde la medicina con ninguna eficacia real. Esto es así en numerosas enfermedades crónicas; en esos casos, lo que de verdad se espera de los médicos, y de los pacientes, es que sobrelleven, traten y soporten la enfermedad por muchos años hasta que la muerte ponga término a la lucha. En algún momento, el diagnóstico y el tratamiento para episodios agudos tendrán obviamente un destacado papel que desempeñar, pero la mayor parte de las necesidades a largo plazo serán mantener un nivel de salud tolerable, educar a los pacientes y coordinar el apoyo familiar y socioeconómico, así como la atención sanitaria y los cuidados paliativos y la rehabilitación.

Dado que es una realidad que las sociedades envejecen, con el consecuente aumento de la carga que las enfermedades crónicas suponen, una formación médica que no sumerja a los estudiantes de manera profunda en la complejidad de este tipo de situaciones, quedará con toda seguridad muy lejos de cumplir sus propios objetivos docentes, al tiempo que hará peligrar la asistencia médica de los futuros pacientes. Aquellos programas que desde el principio familiarizan a los estudiantes con las residencias y la asistencia domiciliaria, con los centros de ancianos y de rehabilitación y para enfermos desahuciados avanzan por una senda muy fecunda. Los estudiantes necesitan ver que la muerte, tarde o temprano, les llega a todos los pacientes, y que el tránsito hacia

la muerte se realiza, con toda seguridad, a través de la puerta del envejecimiento y las enfermedades crónicas. Es preciso inculcarles virtudes como una perspicaz y tolerante percepción de la incertidumbre de la medicina, al igual que, ineludiblemente, la sensibilidad y la conmiseración.

Con frecuencia no es demasiado tarde, ni siquiera en el caso de enfermedades crónicas en curso, para seguir realizando esfuerzos por promover la salud y prevenir la enfermedad. Esto es, aprovechar al máximo la salud remanente, fomentar la independencia y la capacidad de los pacientes de cuidar de sí mismos, y reprimir y mejorar el daño causado por la enfermedad o enfermedades subyacentes. No obstante, para que esto sea posible, el cuidado de los enfermos crónicos debe estar minuciosamente coordinado, y quedar en manos de quienes dominan correctamente el uso de la tecnología y entienden las vicisitudes psicológicas y sociales que sufren estos enfermos y sus familias.

Ya sea por el creciente predominio de las fuerzas y estrategias del mercado, o simplemente porque los sistemas sanitarios han de soportar una presión financiera cada vez más acentuada, la formación médica debería contar la gestión económica y la organización de la atención sanitaria como parte integral de su plan de estudios. Los médicos y demás profesionales de la salud tendrán que tomar en cuenta los costes, contribuir a los esfuerzos que se realicen para establecer prioridades en la atención sanitaria y trabajar estrechamente con los administradores y con todos aquellos cuyas responsabilidades se centran en llevar a cabo una gestión económica eficiente. Más aún, sin lugar a dudas los médicos van a hallarse en situaciones en las que tendrán que hablar con sus pacientes sobre los costes del tratamiento, sobre las opciones económicas que se les presentan y sobre la relación entre el cuidado de un paciente en particular y las necesidades médicas de la sociedad en general.

No será fácil integrar adecuadamente en los planes de estudio de medicina la amplia gama de importantes materias que hemos identificado aquí. Ni será fácil organizar con habilidad la clase de formación interdisciplinaria e interprofesional necesaria para que los estudiantes comprendan los diversos sistemas educativos y profesionales que se superponen en la asistencia sanitaria, y aprendan a trabajar dentro de ellos. Las muchas iniciativas, creativas y experimentales, que precisamente en este sentido se están probando en numerosos países necesitan aliento y apoyo. Las tentativas de procurar a los estudiantes una introducción precoz, o incluso inmediata, a la asistencia de los pacientes, a la formación, en pequeños grupos, basada en casos prácticos, al método epidemiológico y al trabajo cooperativo entre enfermeros, médicos, trabajadores

sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y administradores, exigen enormes esfuerzos estructurales y organizativos. La medicina será una disciplina más sólida en el futuro si se abordan de lleno estos retos y se introducen los cambios necesarios en los planes de estudios.

Si bien este informe ha hecho hincapié en la educación de los profesionales médicos, sería una grave omisión no subrayar la importancia de la educación de la sociedad y el papel de los medios de comunicación. Será cada vez más habitual que a los pacientes se les pida que tomen sus propias decisiones, tanto médicas como económicas, sobre la asistencia sanitaria que precisan. Para ello deberán estar bien informados, guiados por quienes forman parte de la comunidad médica, por los sistemas educativos, más en general, y por los medios de comunicación. Los medios tendrán el importante cometido de informar a los ciudadanos sobre los progresos médicos y científicos; no menor responsabilidad les cabrá en cuanto a informar sobre los asuntos morales, sociales y económicos del mundo de la medicina. Una prensa que exagera los “grandes adelantos”, las terapias “prometedoras” y los “tratamientos innovadores” crea con demasiada frecuencia falsas esperanzas y expectativas, a expensas de informaciones más útiles que podrían servir para mejorar la vida cotidiana. Puede que los esfuerzos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades tengan que recaer en particular sobre los medios de comunicación. La información objetiva sobre los riesgos y oportunidades de la salud resultará especialmente pertinente. Unos medios de comunicación responsables son tan importantes para la medicina actual como para la política y la economía.

EL FUTURO

La premisa de la que parte el presente informe es la siguiente: que el debate en torno a las reformas de la sanidad no se debería limitar en el futuro a la organización y la financiación de los sistemas sanitarios. Hasta ahora había faltado algo. En el corazón mismo de estos sistemas se halla la medicina, que como disciplina y profesión descansaba tradicionalmente en una serie de premisas fuertemente arraigadas: que el progreso es bueno y necesario; que la muerte y la enfermedad son enemigas con las que podemos y debemos acabar; que el deseo de curación es superior al deseo de recibir unos cuidados, y que la búsqueda de la salud está muy próxima a la del bienestar general, si no es sinónimo de la última. Estas premisas resultan poderosas y atractivas, y a ellas se deben grandes avances y el alivio de mucho sufrimiento, pero como ya hemos expuesto, es necesario reexaminarlas y reinterpretarlas.

A pesar de que con frecuencia se han comprendido, las premisas tradicionales han perdido su validez y podrían incluso causar problemas. Buen ejemplo de ello serían las dificultades económicas que han acompañado al progreso, que surgen tanto de la forma de entender la medicina como del modo en que se organizan los sistemas de asistencia sanitaria, o el mal uso o abuso al que se expone la medicina por malinterpretar sus fines. Los atractivos económicos de la medicina como fuente de enormes ganancias y el uso de modelos de mercado para la prestación de asistencia médica generan problemas de una magnitud y a una escala sin precedentes en la historia de la medicina. La capacidad de los modelos de mercado para mejorar la medicina queda igualada por su capacidad para perjudicarla y dotarla de unos incentivos distorsionados. Ante las fuerzas del mercado y la búsqueda indefinida del beneficio económico, el discurso de los fines podría catalogarse de utópico y poco realista. La literatura médica tiende a centrarse en la reforma de la sanidad desde un punto de vista casi exclusivamente económico o de política pública. Los fines y prioridades de la investigación, actividad tan vasta como costosa, reciben la misma escasa atención. Por último, el debate sobre la formación médica se ha dado en diversas formas en todas partes, pero no sienta realmente sus raíces en un replanteamiento de los fines de la medicina que cimienten dicha formación.

Concluimos nuestro informe subrayando cinco aspiraciones para la medicina del futuro, basadas todas en una reflexión sobre la naturaleza de la medicina, una disciplina dominada por dos entidades que se debaten continuamente, el individuo y la sociedad. La medicina puede controlar su propio destino, aunque sólo en parte. En ocasiones, necesita la protección del Estado para

moderar un excesivo ánimo de lucro, para alcanzar un consenso nacional cuando sea necesario, y para coordinar los diversos sectores de la sanidad, desde la salud pública hasta la medicina alternativa. Por tanto, el papel de la Administración debe seguir ocupando un lugar central en el debate público acerca de la consecución de las aspiraciones de la medicina.

La medicina del futuro debe aspirar a ser:

Una medicina honorable, al frente de su propia vida profesional. La medicina debe entablar un diálogo continuo con las sociedades en las que se practica y se halla inmersa. Estas sociedades sufragan el coste de esa medicina, se ven profundamente afectadas por ella y se forman sus propias ideas sobre la mejor manera de usarla. Sin embargo, la medicina no debería quedar completamente sometida a la sociedad, cumpliendo sus órdenes y poniendo sus técnicas al servicio de cualquier propósito que pudiera decretar. La medicina debe estar dotada de una vida y un rumbo propios; pero, por otro lado, debe ser receptiva a lo que las sociedades desean de ellas y mostrarse lo más solícita posible. En definitiva, la medicina debe trazar su propio rumbo en colaboración con la sociedad. La rentabilidad de la medicina moderna, su capacidad para ofrecer a las personas aquello que les ha negado la naturaleza, y su poder de crear ilusiones acerca de la transformación del género humano, dificultan el trazado de un rumbo propio. Pero la medicina puede encontrar este rumbo si parte de su propia historia y tradiciones, regresando una y otra vez a sus ímpetus originales: el alivio del sufrimiento y la búsqueda de la salud. La pregunta que siempre debería formular a sus aspirantes a dueños, a sus patrocinadores y a los responsables de su financiación es la siguiente: ¿me pueden ayudar a mantenerme fiel a mí misma y a aquellos a los que sirvo?

Una medicina moderada y prudente. A pesar de todo el poder de la investigación y los avances médicos, los seres humanos continuarán enfermando y muriendo; la conquista de una enfermedad abrirá el camino para que otras enfermedades se expresen con mayor ímpetu; la muerte se podrá posponer y evitar, pero nunca conquistar; el dolor y el sufrimiento seguirán siendo parte de la condición humana. Estas son verdades duras, aunque nada triviales, que se olvidan fácilmente con el entusiasmo que provocan los nuevos conocimientos y las tecnologías innovadoras. El paciente siempre necesitará unos cuidados cuando la medicina curativa alcance su límite. Lo que corresponde aquí son los cuidados paliativos, la atención y el respeto que ayudarán al enfermo en la vida y en su tránsito a la muerte. Una medicina moderada y prudente siempre tendrá presentes estas verdades, y buscará el progreso, pero sin dejarse embaucar

por el mismo ni olvidándose de la mortalidad intrínseca a la condición humana. Esta medicina buscará además el equilibrio en su lucha contra la enfermedad y el padecimiento con un conocimiento firme de que su papel no es encontrar la trascendencia del cuerpo, sino ayudar a los seres humanos a ejercer su vidas disfrutando de la máxima salud posible, dentro de los límites de un ciclo vital finito.

Una medicina asequible y sostenible. Buena parte de la lógica de la investigación médica, y de su capacidad para complacer al mercado, dota a la medicina de un rumbo que es económicamente inviable. Casi todos los países se enfrentan hoy día al continuo fluir de nuevas tecnologías y a las continuas exigencias por parte del público de mejoras en la salud. El coste de la asistencia sanitaria crece constantemente en casi todas partes, en ocasiones controlado aunque no por mucho tiempo. Muchos han abrigado la creencia de que con unos planes organizativos más inteligentes, unos mayores controles por parte de la Administración o la apertura de la libre competencia del mercado, o distintos incentivos y desincentivos económicos, se podrían controlar las presiones intrínsecamente expansionistas a las que está sometida la medicina moderna. No obstante, esta esperanza resulta vana si se basa únicamente en la técnica. Únicamente mediante una reinterpretación simultánea de los fines de la medicina se podrá lograr la aceptabilidad moral y social de unas técnicas económicas y organizativas. El Estado y el mercado, dejados a su suerte, pueden obligar a la gente a vivir dentro de unos límites impuestos desde el exterior, pero una medicina más humanitaria se esforzará por adaptar sus fines a las realidades económicas y educar a la población sobre los límites de las posibilidades médicas dentro de dichas realidades. Esta medicina perseguirá fines que le permitan ser asequible y, por tanto, sostenible en el largo plazo.

Una medicina socialmente sensible y pluralista. La medicina adopta formas diversas y se expresa de distintas maneras en los distintos países y culturas, y debería estar abierta a este pluralismo aun si, al mismo tiempo, procura mantenerse fiel a sus propias raíces y tradiciones. Una medicina socialmente sensible deberá prestar atención a las necesidades socioculturales de los diferentes grupos y sociedades y a las muchas posibilidades que presentan las nuevas y distintas maneras de entender la salud y la enfermedad, así como las que suponen la coexistencia y el enriquecimiento mutuo de las diversas formas de concebir la medicina misma.

Una medicina justa y equitativa. Una medicina que no conoce límites, que no cuenta con un rumbo propio, que se muestra pasiva frente al mercado, que

se olvida de la mortalidad del ser humano, no puede ser una medicina equitativa. Se pondrá al servicio del dinero y el poder, que se alimentan del deseo, tan comprensible como equivocado, de dominar la naturaleza y superar los límites de las posibilidades humanas. La injusticia y la mala gestión política y económica pueden distorsionar la asignación de recursos médicos, como ocurriría con una imagen de la medicina que la considerase únicamente como fuente de dinero, empleo, ventas y exportación de tecnología, o vehículo para el progreso humano infinito. Una medicina equitativa necesita un apoyo médico y administrativo adecuado, además de unas sólidas bases políticas, lo cual no va a suceder espontáneamente, sino que exige una iniciativa política conjunta.

La medicina equitativa deberá ser asequible para todas las personas, o bien para los entes públicos y las economías que deban procurarla, y no solamente para aquellos que puedan pagar su precio en el mercado. No deberá desarrollar constantemente nuevos medicamentos y máquinas que sólo se puedan permitir los ricos, o que supondrán la quiebra de los países que intenten ofrecerlos a todos sus pacientes. Deberá aceptar la inevitabilidad de la enfermedad y la muerte, y no luchar para prolongar marginalmente lo inevitable. Deberá confiar, en un grado mucho mayor al actual, en la salud pública, en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, y comprender que el deseo de gastar más en la mejora de la salud siempre estará en conflicto con otras necesidades y prioridades sociales. Por encima de todo, la medicina equitativa se habrá de diseñar teniendo en cuenta unos presupuestos razonables, partiendo del equilibrio sensato entre las necesidades sanitarias y las posibilidades médicas por un lado, y las de los demás sectores sociales por otro.

Finalmente, la medicina del futuro debe verse a sí misma como:

Una medicina que respeta las opciones y la dignidad de las personas. La medicina moderna presenta una compleja gama de opciones ante individuos y sociedades, muchas de elección extremadamente difícil. Una condición moral necesaria para responder a estas opciones es la participación democrática en la toma de decisiones sociales, al igual que la libertad de elección cuando sea posible una decisión individual. La libertad de elección, derecho fundamental de la autodeterminación, conlleva deberes y responsabilidades. Como ciudadanos debemos tomar decisiones sobre la correcta asignación de los recursos y la importancia relativa de la salud como bien social. Como pacientes, reales o eventuales, tendremos que pensar acerca del modo en que vivimos, en lo que podemos hacer para conservar la salud y en nuestros deberes para con nuestras familias y los demás pacientes. Tendremos que elegir de forma responsable

entre las opciones que se nos presentan para usar las técnicas y el conocimiento médicos para controlar la natalidad, moldear y modificar el estado de ánimo y la conducta y suspender tratamientos de soporte vital. El correcto cumplimiento de estas responsabilidades exige una educación, un debate público, una evaluación interna seria y un contexto político, médico y social que respete la dignidad del hombre y su libertad de elección. Por otra parte, no convendría olvidar las responsabilidades médicas y morales que se derivan de la libre elección, así como la necesidad de contar con un diálogo social fructuoso acerca del contenido y las implicaciones sociales de las elecciones individuales. En definitiva, se trata de reconocer la necesaria y fructífera interacción, no exenta de tensiones, entre el bien individual y el bien común.

DISCREPANCIAS

Discrepancias del grupo eslovaco

El grupo eslovaco que participó en el proyecto *Los fines de la medicina* tiene el honor de sumarse al consenso que representa el informe del proyecto, en las condiciones establecidas en el prólogo. No obstante, desea expresar sus reservas acerca de la redacción del párrafo relativo a la planificación familiar, el control de la fertilidad y las cuestiones poblacionales (en el capítulo dedicado a los fines erróneos de la medicina). Estima que estos temas se han tratado de un modo algo tendencioso. El grupo eslovaco cree que una redacción más imparcial acomodaría las posturas que abogan por el respeto absoluto de la vida humana desde el momento de su concepción hasta la muerte, así como una percepción de los problemas poblacionales que considere el crecimiento y el declive de las poblaciones por igual.

El grupo eslovaco también desea unirse a aquellos grupos que se oponen a la eutanasia.

Para consultar el texto completo de la declaración del grupo eslovaco, diríjase al director del proyecto, Dr. Joseph Glasa.

Discrepancias del grupo danés

Dinamarca cree firmemente en un sistema de asistencia sanitaria completamente igualitario, basado en la solidaridad social y la igualdad de acceso al sistema público de salud. Por consiguiente, no admite la idea de un mínimo aceptable, que considera supondría un paso atrás (en el capítulo dedicado a los objetivos prácticos y sus implicaciones).

EPÍLOGO

¿La medicina es un arte o una ciencia? ¿Se trata de una empresa humanística con un componente científico, o bien una empresa científica con un componente humanístico? Aquí no ofrecemos respuestas definitivas a estos antiguos interrogantes; únicamente afirmamos la necesidad de que cualquier postura firme acerca de los fines de la medicina debe incorporar la capacidad del hombre de tomar decisiones pese a la incertidumbre, un núcleo de valores humanistas y morales y los hallazgos de una ciencia rigurosa. Una medicina que procura ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa debe reflexionar constantemente sobre sus fines. No deberíamos permitir que los medios burocráticos, organizativos, políticos y económicos empleados en lograrlos eclipsen las cuestiones, siempre presentes y a menudo difíciles, de los fines y las metas. La medicina del futuro no será, ni debería ser, la misma medicina del pasado y del presente en sus estructuras institucionales y marcos políticos. Únicamente del esfuerzo común de médicos y pacientes, de medicina y sociedad, depende que ese futuro se modele correcta y satisfactoriamente, y el lugar de donde debe partir dicho esfuerzo son los fines de la medicina.

RESUMEN

La medicina de finales del siglo XX se ve sometida a unas presiones económicas, sociales y científicas que obligan a los responsables políticos de todo el mundo a emprender reformas médicas y de la asistencia sanitaria. Sin embargo, sus esfuerzos serán en vano, o bien no surtirán todos los efectos deseados, a menos que se adopte un punto de vista diferente con respecto a los valores de la medicina. El propósito del presente informe es precisamente éste.

Partimos de la premisa de que lo que está en juego no son sólo los medios de la medicina, sino también sus *finés*. La revolución biomédica y las innovaciones tecnológicas que la han seguido suponen un verdadero hito en la historia de la humanidad merced a sus efectos positivos en la salud de la población mundial. No obstante, los avances de la medicina moderna son un arma de doble filo, pues la prolongación de la vida a menudo acarrea el coste de un mayor sufrimiento, más enfermedades y unos gastos económicos superiores. El equilibrio entre las ventajas y las desventajas de la tecnología médica avanzada es un tema que está cobrando una mayor importancia entre los responsables políticos tanto en los países en vías de desarrollo como en los industrializados. En su afán por encontrar un presupuesto equilibrado, los entes públicos de los países ricos y pobres se ven obligados a tratar la medicina como uno de los bienes que exige la población, en competencia con los demás por unos recursos escasos.

Los fines de la medicina

Esta realidad fue la que llevó a los representantes de catorce países, industrializados y en vías de desarrollo, unos más y otros menos ricos, a cuestionar de nuevo los fines tradicionales de la medicina. El grupo considera que los nuevos fines deberían ser cuatro. Como valores elementales de la medicina, contribuirán a preservar la integridad de la medicina frente a las presiones políticas y sociales que defienden unos fines ajenos o anacrónicos.

- *La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.*
- *El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.*
- *La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.*
- *La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.*

Objetivos prácticos y sus implicaciones

Si consideramos los fines de la medicina desde un punto de vista diferente, podemos abordar de forma práctica una serie de cuestiones relativas a las prioridades futuras de la investigación biomédica, el diseño de los sistemas de asistencia sanitaria y la formación del personal facultativo. Se debería crear un modelo de investigación que incorporase a expertos en epidemiología y salud pública, para poder comprender más ampliamente las diversas enfermedades que afectan a la sociedad. A la hora de crear un sistema de asistencia sanitaria, se debería comenzar estableciendo un núcleo firme de atención médica primaria y de urgencias, y teniendo en cuenta las necesidades de los miembros más débiles de la sociedad. A los estudiantes de medicina se les debería enseñar que la muerte es algo inevitable y que no siempre les será posible curar al enfermo. Además, deben aprender a enfrentarse a los problemas que suponen las enfermedades crónicas. Las nuevas generaciones de médicos deberían recibir formación en economía, humanidades y organización de la asistencia sanitaria, para así poder hacer frente a las realidades económicas de los sistemas sanitarios actuales.

Los fines erróneos de la medicina y el uso incorrecto de las técnicas y el conocimiento médicos

Los usos de las técnicas y el conocimiento médicos son muchos; la mayoría buenos, pero en ocasiones extremadamente perversos. Entre los usos inaceptables se encuentra el empleo de información sobre salud pública para justificar la coerción antidemocrática de grandes grupos de personas para que cambien sus comportamientos “insanos”. En el extremo opuesto, un fin de la medicina no puede consistir en el bienestar absoluto del individuo, más allá de su buen estado de salud. Tampoco corresponde a la medicina definir lo que es el bien general para la sociedad.

El futuro

Las interpretaciones que se hacen actualmente de los fines de la medicina los dejan expuestos a abusos y usos incorrectos. Nuestro propósito es examinar estas premisas e interpretarlas desde un punto de vista nuevo. Independientemente de las barreras políticas y geográficas, la medicina debería aspirar a:

- *Ser honorable y dirigir su propia vida profesional.*
- *Ser moderada y prudente.*

- *Ser asequible y económicamente sostenible.*
- *Ser justa y equitativa.*
- *Respetar las opciones y la dignidad de las personas.*

Únicamente del esfuerzo común de médicos y pacientes, de medicina y sociedad, depende que ese futuro se modele correcta y satisfactoriamente, y el lugar de donde debe partir dicho esfuerzo son los fines de la medicina.

COORDINADORES DEL GRUPO INTERNACIONAL

Dr. Gebhard Allert
Departamento de Psicoterapia
Universidad de Ulm. Ulm, Alemania

Bela Blasszauer
Catedrático de Ética Médica
Instituto de Ciencias del Comportamiento
Universidad Médica de Pécs. Pécs, Hungría

Kenneth Boyd
Director de Investigaciones
Instituto de Ética Médica
Edimburgo, Escocia.

Daniel Callahan
Director de Programas Internacionales
Hastings Center
Briarcliff Manor, Nueva York (EE UU)

Dr. Raanan Gillon
Editor
Journal of Medical Ethics
Imperial College
Londres, Inglaterra

Dr. Joseph Glasa
Instituto de Ética Médica y Bioética
Bratislava, República Eslovaca

Maurizio Mori
Centro para la Investigación y la Formación en Política y Ética
Milán, Italia

Lennart Nordenfelt
Catedrático
Departamento de Salud y Sociedad
Universidad de Linkoping
Linkoping, Suecia

Dr. Jan Paine
Instituto de Humanidades Médicas
Facultad de Medicina
Universidad Karlova
Praga, República Checa

Peter Rossel
Departamento de Filosofía de la Medicina y Teoría Clínica
Instituto Panum, Universidad de Copenhague
Copenhague, Dinamarca

Agus Suwandono
Director
Grupo de Investigación en Política y Recursos para la Salud
Instituto Nacional para la Salud y el Desarrollo
Ministerio de Salud
Jacarta, Indonesia

Henk ten Have
Secretario
Departamento de Ética, Filosofía e Historia de la Medicina
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica de Nijmegen
Nijmegen, Holanda

Dr. Diego Gracia
Catedrático de Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
Madrid, España

Dr. Fernando Lolas
Vicerrector de Asuntos Académicos y Estudiantiles
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Dr. Lu Weibo
Academia de Medicina Tradicional China
Pekín, China

Títulos publicados en la colección de Bioética de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Cuaderno nº 1: *Libertad y salud*

Cuaderno nº 2: *Estándares éticos y científicos en la investigación*

Cuaderno nº 3: *Industria farmacéutica y progreso médico*

Cuaderno nº 4: *Medicina predictiva y discriminación*

Cuaderno nº 5: *Problemas prácticos del consentimiento informado*

Cuaderno nº 6: *Ética de la comunicación médica*

Cuaderno nº 7: *La gestión de los errores médicos*

Cuaderno nº 8: *Uso racional del medicamento. Aspectos éticos*

Cuaderno nº 9: *Ética y sedación al final de la vida*

Cuaderno nº 10: *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*

Cuaderno “*Percepción social de la biotecnología*”

Cuaderno “*Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*”

FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS

Jesús i Maria, 6

08022 Barcelona ESPAÑA

TEL. +34 935 710 410 FAX +34 935 710 535

fundacio.grifols@grifols.com

www.fundaciongrifols.org

