

Los fines de la medicina

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas¹

Palabras clave: HUMANIDADES MÉDICAS
FINES DE LA MEDICINA
METAS DE LA MEDICINA

Key words: MEDICAL HUMANITIES
THE PURPOSES OF THE MEDICINE
GOALS OF THE MEDICINE

“Para sorpresa de los chicos que estaban escuchando con interés, el Sr. Keating saltó de repente sobre su mesa. –¿Por qué me he subido aquí arriba? –Para sentirse más alto, dijo Charlie. –No, mi joven amigo, no ha acertado usted. Lo he hecho para recordarme a mí mismo que tenemos que modificar constantemente la perspectiva desde la que miramos el mundo. Porque el mundo es diferente visto desde aquí. ¿No me creen? Pues vengan a comprobarlo. Vamos... Keating se bajó y todos los alumnos fueron subiendo a la mesa del profesor. –Si tienen ustedes alguna certeza –dijo el profesor Keating–, entonces obliquense a considerar la cuestión desde una perspectiva diferente, incluso aunque eso les parezca idiota o absurdo... Tienen que hacer el esfuerzo de encontrar otros caminos... Citando a Thoreau: ‘La mayoría de los hombres lleva una vida de tranquila desesperanza’. ¿Por qué resignarse a ello? Partan en busca de nuevas tierras”⁽¹⁾.

¿Cuáles son los fines de la medicina? ¿Hasta dónde puede llegar la medicina en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades? ¿Debe la medicina utilizar en cada paciente todos los recursos que el avance científico y técnico pone a disposición de sus artesanos, los médicos? ¿Y hacerlo aun a costa del bienestar colectivo o aun cuando suponga una restricción en la asistencia de quienes realmente se beneficiarían de tales recursos? Evitar la muerte, ¿es un fin primordial de la medicina? ¿Debe la medicina ocuparse solo de compensar procesos fisiológicos alterados, reparar lesiones y resecar partes dañadas? ¿Es un fin de la medicina aplazar la muerte en cualquier circunstancia? ¿Es posible y ética la pretensión de acompañar sin crítica la demanda social en procura de una existencia sin dolor y sin vejez vulnerable? ¿Debemos los médicos permanecer impasibles ante la extendida idea acerca de la muerte como un fracaso de la medicina? El paradójico malestar médico, pese al avance de los recursos disponibles para hacer una mejor medicina, y el malestar de los

pacientes por la deshumanización de la misma, ¿responden a alguna explicación lógica o es una forma incómoda que tiene nuestra época de transitar sus expectativas vitales y ante la cual nada se puede hacer? La medicina, además de un arte y una ciencia destinados a la salud de las personas, ¿no es también un poderoso sector de la economía de los países? ¿Cómo se encarrila la posible contradicción entre el fin superior, que es el máximo bienestar posible de los enfermos, y la red de legítimos –o no tanto– intereses que se tejen en torno a esa actividad económica?

Estas y otras preguntas turbulentas tienen sentido en una etapa de la historia de la medicina sustancialmente distinta a las anteriores y cuyo comienzo podríamos situar a fines de la Segunda Guerra Mundial. Es un momento en el que aparecen en el escenario nuevos médicos y expertos, nuevos actores desconocidos hasta hace poco, una nueva forma de encarar la medicina, nuevos modelos organizativos de ejercerla, nuevos pacientes, nuevos derechos y empoderamientos, y nuevas oportunidades y restricciones. Es un tiempo histórico en el que está más que justificado subirse a la tarima para ver la realidad desde una perspectiva diferente, como el profesor Keating en la película *La sociedad de los poetas muertos*.

Para responder a estas preguntas es clásico recurrir a un trabajo denominado *Los fines de la medicina*, de la década de 1990, que a nuestro criterio mantiene total vigencia. Este documento fue elaborado por un grupo de prestigiosos expertos de diferentes países convocados por el centro de investigación en bioética The Hastings Center de Nueva York, y fue dirigido por el filósofo y bioeticista estadounidense Daniel Callahan. La versión traducida fue publicada en los Cuadernos de Bioética de la Fundació Víctor Grífols i Lucas de Barcelona.

1. Médico Cardiólogo. Co-coordinador y docente del curso de Humanidades Médicas “Pensando en lo que hacemos” para estudiantes de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
Correo electrónico: baltasaraguilarfleitas@gmail.com

“La hipótesis 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”^(2,3). Es así que los fines tradicionales de la medicina (salvar y prolongar la vida, promocionar y conservar la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento), y no solo sus herramientas, instrumentos y formas de proceder, se sitúan en controversia, se cuestionan con el propósito de actualizarlos y redimensionarlos a la luz de los múltiples cambios operados en el mundo.

El documento aludido forma parte de una serie de aportes y reflexiones seminales que se proporcionaron desde distintos ámbitos académicos hacia el final del siglo pasado y que han cuestionado y puesto en deliberación (rezagada por estas geografías) elementos esenciales del paradigma médico vigente. Dichos documentos los analizaremos en una próxima entrega.

Asistimos casi a diario a polémicas y revisiones acerca de si es mejor el Estado o el mercado en la prestación de salud, si los prestadores deben ser públicos o privados, si deben existir incentivos y castigos, si avanzamos o retrocedemos en la eficiencia del sistema de salud, si está más o menos bien instrumentada la rectoría del Ministerio de Salud Pública, si los médicos cumplen o no con las guías de buena práctica clínica... Es decir, una discusión de los *medios*. Pero no es tan frecuente la discusión acerca de los *fines* de la medicina, para qué y hasta dónde se debe ejercer esta ciencia, es decir, la discusión referida a los asuntos que configuran el *paradigma* médico. Los paradigmas científicos crecen, se consolidan, se fisuran y se derrumban, según lo que decía T. S. Kuhn. La cuestión está en ser protagonistas de ese ciclo. De lo contrario seremos llevados pasivamente por agentes externos que actuarán de acuerdo a sus intereses. De eso se trata, de analizar la médula paradigmática de la práctica médica.

Los nuevos fines de la medicina. Fundamentos

“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 propó-

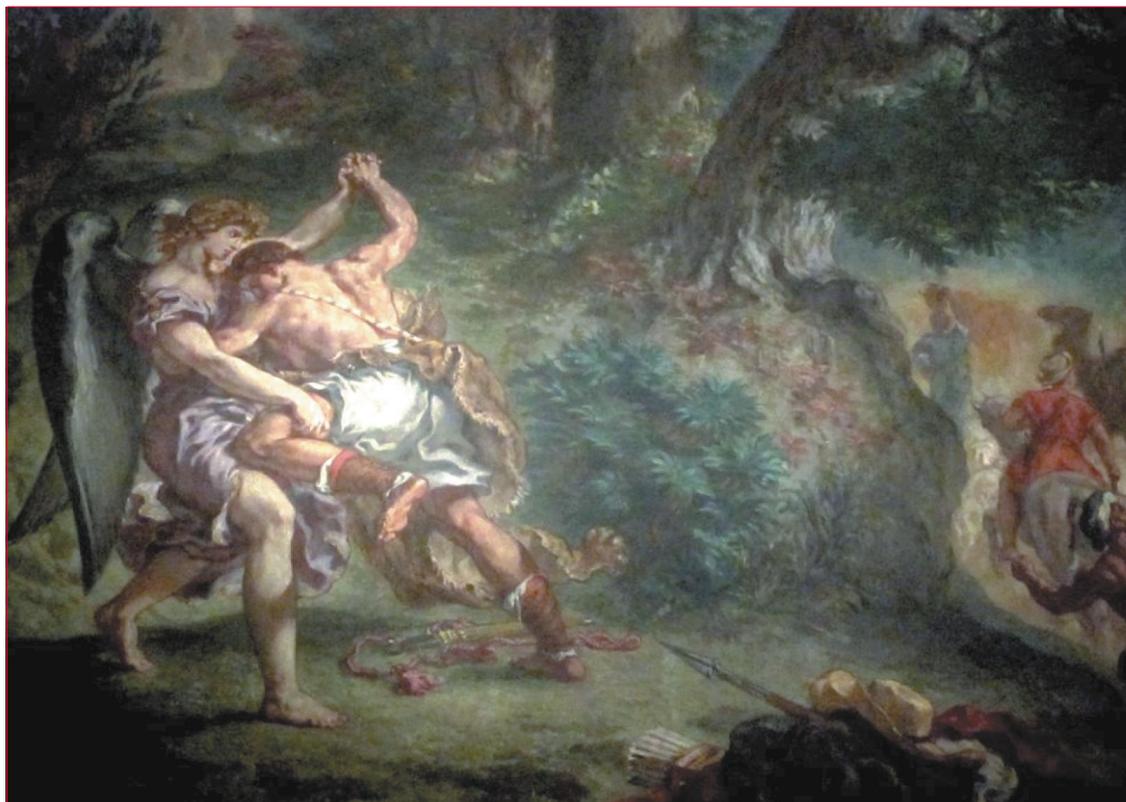


Los fines de la medicina. Trabajo del Hastings Center de Nueva York, dirigido por Daniel Callahan

sito del presente informe es precisamente este... 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”⁽⁴⁾.

Con estos presupuestos el documento avanza en los cuatro *nuevos fines* de la medicina:

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



Eugène Delacroix (1798-1863). *Jacob luchando contra el ángel* (1861). Fresco. Iglesia de Saint-Sulpice, París. Representa al hombre que lucha contra su destino, batalla perdida si se refiere a la muerte.

1. Prevención de enfermedades y lesiones y promoción de la salud

Es razonable mantener esta meta fundamental de la medicina. Es deber del sistema de salud y de los médicos ayudar a los pacientes a mantenerse en estado de salud con medidas preventivas destinadas a evitar o aplazar complicaciones. Los beneficios económicos que se obtienen con la prevención tampoco están en discusión. Hay un ejemplo, entre otros muchos, que muestra claramente este doble beneficio, en la salud y en la economía, que es la lucha contra el tabaquismo. Sin embargo, la prevención tiene su límite en el sentido de la imposibilidad de aplazar indefinidamente enfermedades que más tarde o temprano aparecerán.

Trabajar en prevención exige sensibilidad y ecuanimidad. Se debe evitar toda asignación de culpa al paciente por su enfermedad, y no generar, como a menudo se observa, un nuevo tipo de “enfermo” (o sin comillas): aquel que se desplaza por el sistema de salud buscando, a veces mediante procedimientos costosos y de escasa evidencia sobre eficacia y eficiencia, un “seguro de buena salud”⁽⁵⁾. Así, es posible observar que se trata como enfermos a personas que están sanas o tienen, no enfermedades, sino factores de riesgo para enfermedades.

Por último, otros dos elementos que entran en el análisis de la prevención como fin primordial de la medicina: a) el riesgo de medicalizar la sociedad (fenómenos o áreas de la vida social regidos de alguna manera “por altos fines saludables”, cuando en realidad deberían ser comportamientos independientes de este tipo de consideraciones pero que, en los hechos, están “intervenidos” por la medicina). Y b) la necesidad de ampliar, dado el avance de la tecnología médica, la mirada sobre la prevención incorporando a la microgestión de consultorio la prevención cuaternaria: “*Medidas adoptadas para identificar pacientes en riesgo de sobremedicación, para protegerlos de nuevos procedimientos médicos invasivos y para sugerirles intervenciones que sean éticamente aceptables*”⁽⁶⁾.

2. Alivio del dolor o sufrimiento provocado por males

El dolor es una aflicción física que se localiza en un órgano o región. La narrativa del dolor es relativamente fácil para el enfermo y el médico no suele tener mayores problemas para interpretarla. El sufrimiento, en cambio, es un estado difuso de agobio, ansiedad, angustia, temor, vulnerabilidad, duda, fragmentación... que invade a todo el sujeto.

“¿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 solo de sus conocimientos médicos, sino también de los sentimientos de compasión y confraternidad entre seres humanos” (7).

Aliviar el sufrimiento y no solo el dolor es atender a lo más específico e intransferible del ser humano concreto (en los libros de medicina no hay enfermos sino enfermedades, se ha dicho con razón), a la vez que define a la medicina como la más humana de todas las ciencias.

3. La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables

“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”, se dice en el informe del Hastings Center y es difícil expresarlo mejor.

Como puede observarse este fin primordial de la medicina (cuidar) nos alcanza e involucra a todos los médicos y personal de salud y no solo a los que ejercen cuidados paliativos. Tiene profundas connotaciones filosóficas: sus raíces llegan a los conceptos de felicidad y bienestar aun en situaciones límites de sufrimiento, nos lleva de la mano a la ética aristotélica y al mundo como voluntad y representación de Schopenhauer⁽⁹⁾.

4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda 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” (10).

Evitar la muerte a cualquier precio y en cualquier circunstancia no es un fin de la medicina, es una batalla que se libraría con un resultado definido de antemano, es la lucha de Jacob contra el ángel.

Sería un error considerar a todas las muertes como evitables o prematuras. La muerte, que cierra ineludiblemente el ciclo vital de las personas, ha sido expulsada de la familia y se ha institucionalizado, privando a los enfermos de un soporte afectivo adecuado. En cambio, los pacientes mueren –y muy a menudo los familiares así lo reclaman– en soledad, despojados de afectos y en un ambiente pletórico de moderno instrumental.

Estas consideraciones han adquirido enorme vigencia dado el aumento notorio de la expectativa de vida, con el consiguiente incremento de enfermedades incurables que someten, a veces, a los enfermos a cargas de sufrimiento muy importantes.

La revisión de los fines de la medicina está dirigida a crear una medicina más humana, más atenta al discurrir de la existencia concreta de las personas sin abandonar la excelencia técnica, con el fin de cortar el ciclo, que algo desesperanzadamente pero de manera global y brillante, definiera el prestigioso médico argentino Alberto Agrest: *“La medicina es hoy más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada que hace cincuenta años. Más científica, más basada en evidencias demostrativas, pero menos observacional y menos basada en la importancia. Más ética, más respetuosa, pero menos comprometida, menos afectuosa y menos generosa. Más jurídica pero más temerosa, más preocupada por el consentimiento –un documento– que por la información que exige comprensión y comunicación. Más económica pero menos equitativa. Más organizada pero menos creativa y menos estimulante de generosidad. Más controlada pero con evaluaciones más rígidas, más preocu-*

pada por las guías y reglas que por la individualización, la propia experiencia y la capacidad de mantener la atención. Más preocupada por cometer el menor error posible que por obtener el mayor beneficio probable para el enfermo. Más preocupada por el oro que por el bronce. Es cierto, la medicina es hoy más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada... pero es menos medicina. Lo deseable es que la medicina sea más sin ser menos”⁽¹¹⁾.

Bibliografía

1. **Kleinbaum NH.** El club de los poetas muertos. Barcelona: Plaza & Janés Editores; 1991.
2. Los fines de la medicina, en Cuadernos de bioética. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá; 2004:5.
3. The goals of medicine: Setting new priorities. NY: The Hasting Center Report; 1996
4. Los fines de la medicina, en Cuadernos de bioética. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá; 2004:76.
5. **Rubinstein E.** Los nuevos enfermos. Ventajas y desventajas de la medicina preventiva. Bs As.: Ediciones del Hospital Italiano; 2010.
6. **Bentzen M.** Wonca Dictionary of general and family practice. Copenhagen: Wonca; 2003.
7. Los fines de la medicina, en Cuadernos de bioética. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá; 2004: 42-3.
8. Los fines de la medicina, en Cuadernos de bioética. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá; 2004: 43-4.
9. **Gracia D.** Salud, sufrimiento y vida buena [Internet]. Disponible en: <http://www.etnor.org/do/diego-gracia-salud-sufrimiento-vidabuena.pdf> (consulta:11/03/2015).
10. Los fines de la medicina, en Cuadernos de bioética. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá; 2004:45.
11. **Agrest A.** Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad. Bs As: Libros del zorzal; 2008: 75-6.