

# MEDICINA CONTEMPORÁNEA, ENTRE CRISIS Y PARADIGMA. REFLEXIONES EN TORNO A LA FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

Pedro José Sarmiento M. \*

## RESUMEN

El presente trabajo es una reflexión sobre las condiciones actuales de la medicina, que como práctica sometida a una crisis afronta simultáneamente un nuevo paradigma. Se observa que los condicionamientos actuales de su ejercicio no han tenido precedente en su historia, al comprometer de manera directa las condiciones de su aplicación y el modo de su interacción con la sociedad. El esfuerzo pretende describir algunos de los elementos más sobresalientes del problema, que indudablemente tiene repercusiones directas sobre la práctica, su enseñanza y su propio devenir. El análisis posee contenidos en relación con la historia de la medicina, la transformación social contemporánea y los problemas epistemológicos y sociológicos del ejercicio, así como enfatiza en la necesidad de incorporar estos elementos dentro de la filosofía de la medicina, con el fin de reconstruir su significado y orientar las directrices de su desarrollo.

**PALABRAS CLAVE:** medicina, filosofía de la medicina, epistemología, educación médica, crisis, paradigma.

## ABSTRACT

*Work analyses state of the art of today medicine practice in face of new paradigms. Social interaction and applications have greatly been influenced by non-precedent recent conditionings regarding its exercise. This paper intends to describe elements playing a major role in new trends and its backlash in profession, its teaching and forthcoming future.*

*Paper reviews medicine history, contemporary social transformation and epistemological and social issues of its practice, outlining importance of including such elements on philosophy of medicine as a mean to redefine its scope and significance for a new focus on future development of profession.*

**Key words:** medicine, philosophy of medicine, epistemology, medical education, crisis, paradigm.

Las reflexiones acerca de la medicina son tan antiguas como la medicina misma. El examen filosófico del significado de la medicina, en relación con su identidad, sus fines, su metodología, sus

dimensiones epistemológicas y el alcance de su acción, constituyen el campo conocido con el nombre de *filosofía de la medicina*. Las investigaciones que se han realizado sobre el campo son de toda índole. Desde el siglo V a. C., Hipócrates respondía a los críticos de la medicina de su época de la siguiente manera:

“No deja de ser comprensible que a este [*el oficio de la medicina*] no se le considere un arte;

\* Médico, Filósofo, Máster en Bioética. Ph.D. Profesor e Investigador en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario, Chía, Cundinamarca, Colombia.  
E-mail: sarmientopj@hotmail.com



porque no parece adecuado llamar a alguien experto en un arte en el que nadie es profano y que todos conocen, debido a su imprescindible uso. Pero el hallazgo [*de la medicina*] en sí es importante y requirió mucha observación y conocimiento técnico. Incluso hoy en día, los que se ocupan de los gimnasios y de los ejercicios físicos siguen continuamente investigando, con ese mismo método, qué alimentos y bebidas puede el hombre asimilar mejor y cuáles pueden hacerle más fuerte<sup>1</sup>.

Desde entonces se reflexionaba sobre el significado de la medicina. Hipócrates contempla su pasado científico y descubre, tanto en ella como en su época, un espíritu investigativo que generó muchos beneficios para la sociedad. Tanto su método como sus fines son objeto de polémica, al punto de que Hipócrates se ve en la necesidad de abordar la problemática y dar cuenta de su oficio.

"La medicina hace tiempo que tiene todo lo que necesita para ser un arte, y ha descubierto un punto de partida y un método, con el que se han conseguido, a través de los años, muchos y valiosos descubrimientos. Y los demás se irán consiguiendo en el futuro, si el que está capacitado conoce lo ya descubierto, y parte de ahí su investigación"<sup>2</sup>.

También en nuestro siglo se afirma:

"No ha habido un 'psicoanálisis' del conocimiento médico, ni ruptura más o menos espontánea

de los cercos imaginarios; la medicina positiva no es la que ha hecho una elección del objeto, dirigida al fin sobre la objetividad misma. Todos los dominios de un espacio quimérico, por el cual se comunican médicos, enfermos, psicólogos y prácticos (...), no han desaparecido<sup>3</sup>.

La legitimación de la filosofía de la medicina es en parte objeto de actual discusión. Algunos se preguntan el contenido de dicho campo y su distinción en relación con la filosofía de la ciencia. De inmediato surgen interrogantes del siguiente tipo: ¿cuál es el papel que cumple la filosofía de la medicina?, ¿en qué sentido es necesaria la reflexión filosófica acerca de la medicina? y ¿cuáles son sus relaciones con la bioética? ¿Hay consecuencias prácticas derivables de las reflexiones filosóficas acerca de la medicina? En el marco de estas preguntas, quiero ofrecer algunos elementos para el análisis de esta problemática, de manera que puedan replantearse algunos de los contenidos necesarios para la comprensión y reestructuración del significado del ejercicio médico, sus alcances y su finalidad.

La filosofía de la medicina es hoy un campo de reflexión necesario para enfocar los problemas del ejercicio médico contemporáneo, trazar límites y objetivos de salud y encuadrarse en el contexto político y social del mundo globalizado.

Algunos de los campos de los que se ocupa la filosofía de la medicina podrían ser agrupados de la siguiente manera:

<sup>1</sup> Hipócrates. *Tratados hipocráticos sobre la ciencia médica*, Madrid, Gredos, 1990, pág. 143.

<sup>2</sup> *Ibid.*, pág. 139.

<sup>3</sup> Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, prefacio (trad. de Francisca Perujo), Madrid, Siglo XXI, 1966/1997, pág. 13.



1. La investigación en torno al concepto de medicina y sus transformaciones históricas, que la enmarcan como un campo de acción humana científico-técnica y social.
2. Discusión filosófica en torno a la legitimidad del campo denominado con el nombre de filosofía de la medicina, y su vinculación con la filosofía de la ciencia.
3. Investigación sobre el estatuto epistemológico de la medicina, en confrontación con la ciencia y demás disciplinas que la vinculan con esta.
4. Investigación sobre las interacciones sociológicas y culturales del quehacer médico, en relación con su finalidad, su aplicación y su metodología, en un contexto multicultural y globalizado.
5. Investigación sobre la vinculación de sus problemas con la bioética, la deontología, la ética y la educación médica.

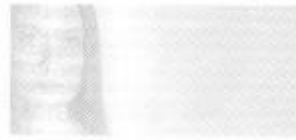
En el marco de estos elementos, la filosofía de la medicina como reflexión, en procura de examinar su propio dinamismo, arroja consecuencias prácticas inmediatas en relación con el contexto académico formativo, la investigación y la dimensión social de la práctica. Reflexionar sobre qué cosa es la medicina, y cuáles son los problemas contemporáneos que afronta, es en gran medida el propósito de este trabajo.

### CRISIS Y NEOPARADIGMA

El análisis en torno al significado contemporáneo de la medicina tiene como punto de partida el reconoci-

miento de que ella, como actividad en general, está señalada en nuestra época por una condición de crisis. La actividad médica, tanto como otras profesiones, adolece de una crisis de identidad, y especialmente una crisis en torno a sus fines. Su milenaria tradición haría pensar que el ejercicio médico jamás estuviera condicionado a una evolución que cuestionara sus fundamentos. Sin embargo, la tesis aquí sostenida consiste en afirmar que la medicina del siglo XXI se encuentra en condición de crisis, debido a que afronta la emergencia de un nuevo paradigma científico y sociopolítico, trayendo con ello serias dificultades, que amenazan en gran medida con reducirla a un capítulo de la técnica moderna.

En el marco de tal crisis se evidencian algunos elementos que deseo señalar. En primer lugar, debe afirmarse que tanto la figura del médico contemporáneo, como el alcance epistemológico de su ejercicio, se encuentran hoy rodeados de oscuridad. La resultante del desarrollo tecnológico, con la evolución de la sociedad, ha generado multitud de problemas, entre los que sobresalen los problemas prácticos del ejercicio. El tradicional lugar ocupado por el médico del pasado, lo ocupa hoy un sujeto que experimenta diversos obstáculos. Por sí mismo, el médico, en la atención médica individual de nuestra época, puede hacer relativamente poco, excepto si se le sitúa en un contexto técnico e institucional de la atención, que articule todas sus posibilidades en complejas relaciones sociales. Si se le compara con el médico del siglo XIX, sus conocimientos son proporcionalmente muy superiores y, de manera paradójica, su capacidad de acción individual es casi tan pobre como entonces. El médico contemporáneo no es la figura mítica del pasado, a la que se acudía en la búsqueda de soluciones prácticas eficaces.



Hoy el médico es un representante de un complejo económico de salud, que se abre en un amplio abanico tecnocientífico, en el que media el conocimiento especializado. Se trata, además, de un sujeto que compartiendo con el pasado el esfuerzo en la curación de enfermedades, y el alivio del dolor, hoy debe afrontar la satisfacción de los deseos personales, armonizar con la autonomía más o menos beligerante de la sociedad y del paciente, y, sobre todo, cooperar en el desarrollo de una "calidad de vida" no claramente definida, en medio de variables culturales en conflicto.

Apartándose del perfil que la tradición le entregó al ejercicio médico, la medicina occidental se caracteriza por un espíritu científico que pretende dominar la naturaleza, incluido el hombre mismo, junto con un ánimo de expansión que aspira a "medicalizar" todos los aspectos de la vida. Muchos de los procesos vitales ordinarios se ponen bajo el examen médico, a fin de controlar su devenir. La vida en todas sus etapas ha sido *medicalizada*, lo que ha llevado a una deformación del quehacer de la medicina y ha permitido la atrofia de algunos aspectos de la sociedad que ya había alcanzado en el devenir de su propio desarrollo. Se trata de una circunstancia en la que la sociedad ha desaprendido el significado de aspectos vitales de valor esencial.

El parto, como evento biológico, ha pasado a ser una parte sustancial del trabajo médico, desconociendo su genuina naturaleza individual y social, y se ha incorporado a un contexto de hospital, que en procura de la prevención de complicaciones lo ha privado de todo su natural contenido, convirtiéndolo en objeto de permanente control médico. En consecuencia, el clásico tra-

bajo de las parteras de otras épocas, que ejercían su oficio desde hace cientos de años, ha quedado suplantado por la nueva forma de medicina.

Sin embargo, resulta interesante constatar lo contrario. Existen trabajos de investigación que afirman que la labor sostenida por las parteras, no inscritas en los modelos clásicos de los sistemas de salud, favorece mayormente la detección y el control de complicaciones, en comparación con la incuestionada eficacia de los sistemas convencionales de atención<sup>4</sup>. Otro tanto se puede hablar de otras circunstancias, como la nutrición, el desarrollo y el envejecimiento, que como consecuencia del incremento del saber técnico se constituyeron en objetos de campos del saber y que se cultivan en el ejercicio de la educación medicalizada.

Pero el ámbito de mayor medicalización se ve representado en el morir. Nuestra época dejó la muerte en casa, de otras épocas, para radicarse en el hospital. La muerte ya no es comprendida como parte del proceso vital, como tampoco se comprenden el dolor ni el sufrimiento. Una de las manifestaciones del encuentro que se vive entre la sociedad y la medicina es que esta última puede generar sufrimientos en las etapas finales de la vida. Las posibilidades abiertas a tales circunstancias han generado en la sociedad reacciones diversas, que, siempre tendientes a evitar el dolor, buscan el rechazo al encarnizamiento terapéutico o, paradójicamente, buscan la muerte misma con un amplio espectro de estrategias técnicas, bajo un deformado concepto de la compasión. Las ambigüedades de

<sup>4</sup> Ver Patricia E. Bailey y cols. "Obstetric complications. Does training traditional birth attendants make a difference?", *Pan. Am. J. Public Health*, 11 (1), 2002.



tales circunstancias han generado, de parte de la sociedad, agrupaciones de “defensa” contra el poder de la medicina, y bajo ideologías inspiradas en la autonomía han favorecido la confusión, en medio de valores culturales que se contradicen con la concepción acerca del actuar médico, sus límites y su finalidad.

Otra parte del problema la constituyen los médicos en formación y en ejercicio, quienes comprenden con dificultad tales dimensiones naturales, y los extensos contenidos de su educación se concentran en el manejo técnico de dichos procesos, dentro de un contexto altamente medicalizado, sin espacio para reflexiones acerca del sufrimiento, la enfermedad y las condiciones naturales de los procesos vitales.

Reconocer que la medicina es también un hecho cultural, sujeto a interpretaciones sociales, permite situar las proporciones y los efectos de los cambios sufridos. La actual medicina no es más que el resultado de un proceso histórico y social, que facilitó su desarrollo paralelamente al de los descubrimientos del siglo XIX. En realidad, el resultado de todos los cambios se define por un refinamiento notable de medios técnicos para alcanzar idénticos fines: aliviar el dolor y el sufrimiento, prevenir y curar la enfermedad, y en alguna medida postergar la muerte. Pero tales fines se han desdibujado, y la beligerante sociedad contemporánea empieza a cuestionar tal finalidad, exigiendo, y transformando con su interferencia los objetivos tradicionales de la profesión.

La historia de la medicina es el contexto en el que se comprende cómo los fines, en apariencia constantes, de un oficio como el médico, a las puertas del siglo XX, afrontaron el inicio de un nuevo paradigma. Examina-

ré algunos de los elementos que caracterizan este nuevo momento.

La medicina hipocrática y su herencia señalan la transición del primer paradigma. La enfermedad abandonó entonces sus causas sobrenaturales, para situarse en un paradigma fisiopatológico, que investigó las causas de la enfermedad en la materia corporal; es decir, la enfermedad ingresa en el mundo natural y se convierte en objeto de estudio racional.

Distante de la magia y centrada en la investigación sobre la enfermedad y sus causas naturales, la medicina sufrió adelantos, y también retrocesos estrechamente ligados con los cambios culturales.

Uno de los ejemplos de retroceso, dentro del entonces paradigma naturalista que impuso la medicina hipocrática, está representado varios siglos más tarde en Alemania. Durante el siglo XV, la medicina de Paracelso y los paracelsianos representa un ejemplo, entre otros, que recoge la lucha contra la tradición medieval y al mismo tiempo la síntesis de magia y hechicería. Paracelso echa por la borda la tesis griega y medieval de los cuatro humores. Sin negar su existencia y su perturbación en caso de enfermedad, de forma que algunos, en medio de esta, llegan a adquirir la preponderancia, Paracelso no cree que la enfermedad sea del cuerpo sino del espíritu. Este fenómeno histórico tan particular demuestra cómo el desarrollo de la medicina no es homogéneo, ni mucho menos progresivo, excepto a principios del siglo XX. Nuestra época conjugó un espíritu de transformación con multitud de conocimientos técnicos, que posibilitaron las condiciones que actualmente nos rodean.



La transición de la medicina mágica a la *techné* griega, en el siglo V a. C., tiene quizá la proporción del cambio sufrido en el tránsito de la técnica del siglo XIX a la tecno/medicina contemporánea. En este punto, la síntesis entre tecnología y conocimiento biológico permite un salto especialmente significativo, que constituye el eje de los cambios contemporáneos de la medicina actual, junto con un sinnúmero de implicaciones sociales y culturales, que representan un nuevo paradigma, dentro del cual la práctica médica vive actualmente la más seria de todas sus crisis.

El reconocimiento de esta crisis, como una expresión de las dificultades que se sufren en el proceso de adecuación a la incorporación de tal paradigma, es en parte el objetivo de este trabajo.

La estructuración del nuevo paradigma que afronta la medicina está determinada por varios factores, entre los cuales deseo subrayar:

1. Las coordenadas biológicas de la investigación contemporánea, marcadas por el horizonte de la biología molecular y la genética como campo explicativo de la condición de enfermedad y su evolución. El nuevo campo, ciertamente, abre espacio a la reflexión sobre los problemas que hoy afronta la bioética, pero es por sobre todo un nuevo capítulo en la comprensión del devenir íntimo de la vida y de las posibilidades de intervención humana, con intereses que exceden la perspectiva terapéutica.
2. La transformación de la sociedad del siglo XIX al XX. Para explicar estos problemas, basta referirse al incremento de la población mundial en los pasados 100 años, que alcanzó un aumento de 0,9 a 6,5 billones de seres humanos. Puede afirmarse que la causa de este incremento se debe, de modo indirecto, a los beneficios de la medicina, que han propiciado como efecto el aumento en la esperanza de vida individual. La aparición de soluciones a enfermedades que acortaban el promedio de vida en el siglo XIX, llevó a la supervivencia de muchos más individuos. Además, el manejo de pacientes mayores, así como la prevención de enfermedades pediátricas, hicieron posible el resultado poblacional que hoy en día afronta el reconocido crecimiento exponencial. Los avances en la medicina nos han puesto de cara a la paradoja de afrontar la solución de multitud de problemas que antes no la tenían, o alterar los controles naturales, que como especie permitían la muerte individual y la enfermedad como mecanismos de regulación de la especie. En medio de estos cambios sociales se destacan otros de importante valor, como el alto nivel de información de la sociedad y su capacidad de asimilación de la misma. De otra parte, los cambios sufridos como consecuencia de las dos guerras mundiales, en conjunto con el alto nivel de interacción entre los resultados de la técnica, la ciencia y la sociedad, tales como la aparición de la píldora anticonceptiva en la segunda mitad del siglo XX y la emancipación de la mujer, entre otros muchos factores, constituyen por sí mismos elementos que inscriben las circunstancias en el contexto de una nueva época para la sociedad y, en consecuencia, para la medicina.
3. El incremento del arsenal terapéutico para combatir la enfermedad, junto con los elevados niveles de descripción fisiopatológica, que permiten mejores



alternativas, en combinación con el desarrollo tecnológico aplicado al diagnóstico y la prevención de enfermedades. Tal arsenal ha sido posible gracias al desarrollo de la técnica farmacéutica, en medio de un contexto neoliberal de mercado, que ha inscrito a la medicina en un contexto que condiciona ineludiblemente la práctica y la investigación. La industria farmacéutica se ha constituido en un poder de grandes dimensiones, cuyo afán de lucro condiciona en gran medida el ejercicio médico.

4. El incremento notable de medios técnicos en el manejo de la enfermedad, y las condiciones naturales de la vida ordinaria. La abundancia de medios técnicos en la vida cotidiana de la sociedad condiciona posibilidades que aumentan la eficacia en el manejo de todos los asuntos sociales, incluida la salud. Al alcance del ciudadano se encuentran multitud de medios, que lo relacionan directamente con la salud individual y social.
5. El incremento notable de la capacidad de comunicación de la información y los resultados de la investigación científica, en el que media la proliferación de centros de investigación y el conjunto de sus publicaciones científicas, y la numerosa consolidación de comunidades científicas, que articulan entre sí un nuevo espacio de legitimación y depuración de la práctica científica, estableciendo nexos directos con la sociedad. En tales relaciones entre la sociedad y la ciencia, la primera cumple el papel de interlocutor, y también de opinión y orientación de los destinos de la investigación científica. La consolidación de las comunidades científicas está directamente relacionada con los intereses de la so-

ciudad, representada en el poder de los estados liberales. Esto favorece aún más el papel regulador de la sociedad en el campo de la ciencia.

6. La interferencia directa de la sociedad en el conjunto de los resultados de la investigación científica, en un entorno intercultural globalizado con notables desequilibrios económicos y sociopolíticos. La presencia de las instituciones sociales democráticas en el terreno científico es cada vez más consistente. Se trata de la participación de la sociedad en el condicionamiento de intereses definidos, que hacen de la práctica médica una actividad plenamente al servicio de los intereses de la sociedad. Puede hablarse de un cuestionamiento de la identidad natural de la práctica para una revaloración de sus fines, en función de una sociedad que incide en el desarrollo de la investigación y de la práctica misma, bajo mecanismos democráticos y globalizados.

En la línea de los factores que constituyen la estructura del nuevo paradigma se añaden los siguientes elementos analíticos, que sirven de apoyo para la comprensión de las nuevas condiciones que rigen el campo de la medicina y los condicionamientos a los que se ve obligada su práctica.

#### **TRANSFORMACIONES EN EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y EN EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE**

La enfermedad y su interpretación médica y sociológica es un concepto que ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia. La presencia hoy de nuevas enfer-



medades es un hecho que demuestra la mejorada capacidad de reconocimiento de las mismas y la directa vinculación de ellas con el desarrollo de las sociedades. La nueva era genética, abierta a fines del siglo XX, puso a la medicina en condición de reconocer y buscar tratamiento para las enfermedades genéticas, que antes apenas se describían. También la sociedad ha modificado su actitud ante la enfermedad, al propiciar mayores cambios en el devenir médico, y es un hecho que en nuestra época la sociedad se ha convertido en un ente regulador del ejercicio, la investigación y la interpretación de las actividades propias del campo de la salud.

La historia médica del siglo XX no puede ser comprendida al margen de las posibilidades que abrió la ciencia y la tecnología del momento. La descripción de estos cambios es hoy un lugar común para la bioética, en función de los posibles riesgos de aplicación. Admitiendo la apertura del campo bioético como consecuencia de tales progresos, queda sin embargo otro para la filosofía de la medicina. El desarrollo de la sociedad, directamente vinculado con los progresos de la ciencia y de la técnica, encuentra en la medicina una heredera de dichos conflictos, y hoy es uno de los protagonistas de la historia contemporánea.

Si bien desde la antigüedad la enfermedad se reconocía como una condición indeseable, era aceptada, tanto como la muerte. Desde épocas primitivas el hombre se ha relacionado con la enfermedad y la muerte de forma natural, y ha representado en sus mitos y ritos sus valores culturales. Tanto la enfermedad como la muerte se inscriben en el marco de lo sobrenatural, aun en la época hipocrática. Se trata, entonces, de una enfermedad que posee una causa corporal, pero a la

vez sobrenatural. Es la voluntad divina la que ha permitido tal desorden corporal. Por el contrario, la aproximación moderna desacralizada de la enfermedad ha dado sus primeros pasos, en medio de una ambigüedad de grandes proporciones. Se trata del reconocimiento de la enfermedad como un objeto de eliminación, no de sus causas, sino del sujeto que las padece. Tal ha sido en gran medida el conflicto vivido en el diagnóstico genético prenatal, en donde la enfermedad clasificada y detectada pretende ser eliminada, junto con quien la padece.

La interpretación acerca de la enfermedad en el período anterior al siglo XX era sustancialmente distinta. Con frecuencia, las enfermedades en otros siglos llevaban de modo irrevocable a una muerte precoz y dolorosa, cuando no era arrebatada la vida por motivos de guerra. Culturalmente, la muerte era más aceptada que en nuestro tiempo. Hoy se afronta una apropiación de la enfermedad como algo que se acepta con mucha más dificultad, en función del aumento de medios para su control y, en muchos casos, su curación. Esto favorece que la comprensión social que se tiene acerca de la medicina, la muerte y la enfermedad sea radicalmente distinta a la de épocas pasadas, pero a la vez propicia exigencias que modifican el desarrollo de la misma. Si la medicina pudo evitar muchas muertes, que antes fueron inevitables, es lógico pensar que la sociedad espere de la medicina que evite muchas otras; con ello, la conciencia de la muerte como hecho inevitable para la vida del hombre se debilita y transforma dentro del imaginario cultural.

Tal cambio de mentalidad en la comprensión de la enfermedad es una consecuencia de la proliferación de



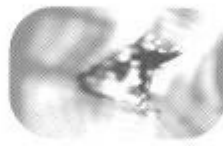


medios y el debilitamiento en el entendimiento de los fines. La misma condición se ve igualmente reflejada en la difusión del suicidio asistido, como una estrategia en la que la abundancia de medios opaca el alcance de los fines naturales de una profesión tradicionalmente marcada por la compasión; la sociedad ha modificado la semántica del término, en función de otras interpretaciones e intereses, y de algún modo se coacciona a la medicina para que adopte los nuevos significados de compasión, tolerancia, solidaridad.

La proliferación de medios técnicos a disposición de la sociedad es un factor de beneficio indudable, pero a su vez provoca consecuencias sociales de gran complejidad. Por ejemplo, las grandes posibilidades de la información constituyen un medio que ejerce una constante transformación de la sociedad en su dinámica interior, y en el campo que se refiere a la medicina ha generado multitud de cambios. La sociedad informada no solo espera de la medicina, sino que interactúa con ella de manera constante, al aplicar conceptos en gran medida sin ningún control. Una de las resultantes se expresa en la automedicación, y la actitud de examen y cuestionamiento de las decisiones médicas en cuanto al manejo de alternativas terapéuticas. Ninguna profesión contiene hoy un campo tan discutido, tan examinado por opiniones ajenas al campo mismo del ejercicio, como la medicina. El paciente de nuestro siglo se ha transformado de modo radical y, en consecuencia, la sociedad transformada condiciona de modo directo la interpretación de la enfermedad y su manejo. Ella misma se encarga de reconocer o desconocer, debido a su propia dinámica, enfermedades que tienen consecuencias sociales. Uno de los ejemplos más sobresalientes de este fenómeno está representado en la exclusión de la ho-

mosexualidad del grupo de las parafilias. La Asociación Americana de Psiquiatría, en 1994, excluye del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, American Psychiatric Association, 1994) la homosexualidad como psicopatía, contraviniendo, por razones sociales, la comprensión tradicional que sobre la enfermedad se tenía. Este caso muestra cómo la sociedad se autorregula en campos que comprometen la acción médica, en función de variables que exceden los análisis científicos, y establece criterios "científicos" en los que se evidencia una interfaz social que condiciona a la medicina.

La sociedad, cada vez más compleja en su dinámica psicológica y cultural, ejerce grandes presiones al condicionar los intereses de la investigación. El caso de la experimentación embrional es otro ejemplo de cómo la sociedad se ve involucrada dentro de las coordenadas de la democracia, como agente condicionante en el ejercicio de la ciencia. Este fenómeno puede ser valorado en realidad como una ganancia de nuestro tiempo, que al mismo tiempo entraña serias dificultades. En verdad, la breve historia científica de nuestra cultura ha mostrado cómo los valores culturales de las sociedades han condicionado profundamente el desarrollo de la ciencia. La sociedad moderna estuvo condicionada por factores vinculados con la comprensión cristiana del mundo. Hoy más que nunca puede verse cómo esta influencia está condicionada por un contexto de pluralismo, cuya resultante es un inevitable neutralismo en materia ética científica. Tal es el caso, por ejemplo, de la sociedad inglesa, que ha definido por mayorías que el embrión no debe ser considerado como una persona, y abre paso a la experimentación embrional con el apoyo democrático.



Las interpretaciones globalizadas de la enfermedad y la salud tienen dificultades sociales para el control y manejo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) promovió una visión internacional del derecho y de la justicia que compromete a la salud. Fruto de esta intención, la Organización Mundial de la Salud define un concepto de salud que se pretende tenga alcance internacional. La salud se define, entonces, como "un perfecto estado de bienestar físico, mental y social, no solamente como ausencia de enfermedad".

Este concepto, cuestionado no tanto por su contenido como por sus pretensiones ideales, distantes de su realización, ha sido guía en el desarrollo de programas de salud y formación médica, y ha imprimido un significado particular de identidad a la práctica médica, en el que se ratifica una indiscutible matriz universal, que pretende comprender la condición humana en la perspectiva del dolor, la enfermedad y la muerte. No hay novedad en tal directriz, sino una ratificación del contexto en donde se ejecuta la actividad médica. No obstante, tales objetivos se encuentran en el terreno de la práctica, con interferencias de tipo social y cultural que condicionan su realización. Los encuentros con la sociedad, en la aplicación de estos objetivos, están representados por los contenidos de algunos conceptos, que empiezan a formar parte del ejercicio globalizado de la medicina. El *consentimiento informado* es un ejemplo que representa la internacionalización del ejercicio médico. Otro de estos conceptos –no sin una profunda carga ideológica– lo representan los así llamados *derechos sexuales y reproductivos*.

La práctica médica de la primera mitad del siglo XX estuvo marcada por la tradición francesa e italiana. Con el

desarrollo tecnocientífico norteamericano, paulatinamente se fue transformando en una medicina de corte estadounidense, tanto en el ejercicio clínico como en el investigativo y, sobre todo, en su aplicación social. En los años 80 aparece el Reporte Belmont y la gama de conceptos que hacen de la medicina una práctica que requiere de la presencia de los nuevos conceptos para la nueva sociedad. Aquí es preciso señalar la importancia de la emergencia de la bioética, como un esfuerzo contemporáneo por dotar de valores el ejercicio de la ciencia y de la medicina; pero también hay que afirmar que tales valores morales, para su ejercicio, se han impuesto de modo dogmático en contextos culturales en donde más que un derecho constituyen un problema. El *consentimiento informado* es un instrumento de gran valor y significado en sociedades desarrolladas con altos niveles de autonomía. Sin embargo, en sociedades de bajos recursos económicos e intelectuales, más se muestra como un cuerpo extraño, que deteriora la confianza tradicional que se otorga a la persona del médico y a las instituciones que prestan salud. La crítica al paternalismo es más pertinente en una sociedad madura que en una en desarrollo. Aun en las sociedades desarrolladas, en presencia de enfermedades crónicas y terminales, el consentimiento informado como tal no es una obligación, sino un presupuesto, del que parte una relación médico-paciente madura, que lo presupone como esencia, pero sin hacer explícita mención de este como derecho. No obstante, la utilidad y necesidad de tal consentimiento es incuestionable, siempre y cuando se adopte como un derecho del que pueden obtenerse resultados en beneficio de la sociedad y del paciente.

En este punto, es pertinente referir el desequilibrio globalizado de desarrollo social y cultural, en función



de la pretendida universalidad de derechos humanos aplicados en el campo de la medicina. Baste citar como ejemplo las dificultades del discurso politizado del aborto como un derecho, cargado de contenidos de salud individual y pública, en grupos sociales en los que por razones culturales el aborto es un problema de grandes magnitudes y en los que este discurso no se adecua. Los problemas de sociedades dispares pretenden ser manejados con el mismo contenido ideológico en diferentes latitudes. En una palabra, podemos afirmar que la globalización es la pauta que pretende dar significado a un nuevo orden de ideas *globales*, con pretensión de universalidad y, por lo tanto, de verdad, sin considerar las grandes distancias y divergencias socioculturales del globo.

La emergencia de la bioética en el campo biomédico también condicionó el tradicional ejercicio, en conjunto con nuevos elementos sociales. La masificación de la atención en salud, la información de la sociedad en todos los campos científicos y médicos, el desarrollo del derecho y la consolidación del espíritu democrático, entre otros elementos, hacen de la tradicional y a la vez nueva medicina un campo de gran número de interferencias. El ejercicio médico se encuentra en medio de la regulación de los estados liberales, donde se definen, dentro del marco democrático, los temas que comprometen a la medicina y sus aplicaciones en el campo de la vida. Tal es el caso de las legislaciones que legalizan el aborto, reglamentan el ejercicio de las técnicas de reproducción asistida, y el suicidio asistido. En esos temas neurálgicos convergen el espíritu médico, revestido de su tradicional sensibilidad ante el sufrimiento, junto con sus posibilidades técnicas, y una sociedad que demanda la satisfacción de exigencias

que sobrepasan el ámbito médico y que, frecuentemente, se sirven de la medicina como pretexto para sus intereses.

Vivimos una época de polimorfismo cultural, que en conjunto con su desarrollo favorece la consolidación de una nueva medicina intercultural, con no pocos problemas. Lo que para una cultura es aberrante modo de relación con sus congéneres, para otra es el patrimonio de su historia. El choque intercultural ha obligado a la medicina contemporánea a replegarse sobre sí, y a reflexionar nuevamente sobre su papel en el contexto de las culturas. ¿Debe o no participar de los criterios que deben comprenderse en el campo de la globalización? ¿Hasta dónde respetar el devenir de los diferentes grupos culturales? Son ciertamente pocas las sociedades que en nuestro tiempo no están marcadas por un profundo multiculturalismo, y es un hecho, además, que este es uno de los factores que intervienen en la consolidación del pluralismo. El pluralismo es la resultante de la transformación cultural marcada por profundos cambios. En la actualidad, la mayoría de los países son culturalmente diversos. Se calcula que en la década de los 90, 184 de los estados independientes del mundo contienen más de 600 grupos de lenguas vivas y 5.000 grupos étnicos<sup>5</sup>. Son escasos los países cuyos ciudadanos comparten un único lenguaje o pertenecen a idéntico grupo étnico. Vivimos una época de globalización, que determina la convivencia de diferentes grupos culturales, lo cual lleva de modo ineludible a planteamientos morales que difieren. Lo que parece paradójico es encontrar que en

<sup>5</sup> Lazlo, Ervin. (ed.). *The Multicultural Planet: The Report of a Unesco Expert Group*, Oxford, One World, 1993.



medio de la homogeneización que sufre la cultura occidental, el diálogo ha incrementado las diferencias en muchos campos, en especial el campo moral.

La búsqueda de soluciones, también moralmente defendibles, es en cierta medida un reto que enfrenta el mundo contemporáneo, que bajo el marco democrático aspira a una convivencia pacífica, en la que las leyes determinen las sendas de paz y tranquilidad, y al mismo tiempo el beneficio de los adelantos de nuestro tiempo.

En una notable cantidad de naciones, los esfuerzos por establecer instituciones democráticas liberales, que articulen la novedad multicultural, se ven sofocados por conflictos nacionales violentos. Las disputas contemporáneas sobre los derechos de los inmigrantes y de las minorías culturales en el extranjero son motivo de discusión permanente. Muchos de los conflictos etnoculturales son fuente de violencia política, que bien parecen insolubles en lo político y, por supuesto, en lo moral.

Es cierto que todos estos conflictos poseen una historia particular y unas circunstancias únicas, que deben ser consideradas a la hora de proponer soluciones justas. En medio de tal condición, la medicina global afronta diferencias notables, que deben ser examinadas. Tales eventos sociológicos están a la orden del día en las inquietudes sociales del occidente contemporáneo, que se encuentran directamente relacionadas con la comprensión de la medicina y sus fines.

No puede afirmarse que la medicina contemporánea sea una hija del pasado. Este, en realidad, fue muy dis-

tinto de nuestro presente, y la práctica de la profesión médica del pasado poco o casi nada tiene que ver con el ejercicio contemporáneo. Ligados débilmente con el pasado, afrontamos hoy las dificultades que jamás había pensado la medicina, ni el derecho, ni la filosofía, de ninguna otra sociedad.

El mito que el renacimiento elaboró con la Grecia clásica, y que pervive en cierta medida en nuestra cultura, generó consecuencias definitivas en la configuración de la sociedad contemporánea. Hija también de la Ilustración, que veneraba los conceptos filosóficos y políticos griegos, nuestra época afronta, como ninguna antes, dificultades nunca pensadas por tales épocas.

La posibilidad de que el hombre sea el constructor de su propio destino biológico es un hecho que jamás pudo ser pensado en épocas anteriores. Las posibilidades abiertas por la conjugación de la técnica con la medicina ponen en condición de novedad el ejercicio de esta última. Pero la más grande novedad radica en el papel de la sociedad, que antes pasiva ante los cambios, hoy se pretende como actor que decide el camino que desea seguir, de cara a las nuevas posibilidades.

Si bien estos problemas se han observado desde la perspectiva de la ética y la bioética, también deben mirarse desde otro punto de vista. La filosofía de la medicina es el campo desde el cual se involucra el significado mismo del desarrollo tecnocientífico, y el papel que cumple la ciencia en el momento que vivimos. Es un hecho innegable que tales posibilidades originan dudas y problemas éticos que son objeto de refle-



xión, pero también es cierto que tales interrogantes ponen en el terreno del análisis a preguntas acerca del progreso científico, del papel de la ciencia en la sociedad y del papel que debe cumplir la sociedad contemporánea, heredera de la autonomía ilustrada.

Es un hecho que queda mucho por hacer en materia de justicia y equilibrio social, y que en el campo de la ética, la justicia ocupa uno de los principales renglones. También aquí la medicina se encuentra desconcertada, al ver condicionado su ejercicio investigativo a intereses que sobrepasan el tradicional deseo de ayudar a los más necesitados.

Las intenciones de investigación desbordan los fines médicos tradicionales. Hoy se investiga sobre lo que puede ser rentable mañana, y las diferencias globales son en gran medida la causa de que se abandonen proyectos de investigación porque no generarán recursos.

La relación médico-paciente es otro factor, que en conjunto con los anteriores afronta hoy inmensas dificultades. Si bien esa relación es el eje fundamental del ejercicio de la medicina, su estructura natural se ha pervertido: el paciente ha sufrido la metamorfosis de un doliente a un cliente, en un complejo entramado socioeconómico de grandes diferencias y desequilibrios entre beneficiarios, ejecutores e intermediarios. Este enfoque transforma de modo radical el papel del médico, y lo sitúa en una relación de mercado, donde la salud se comprende como producto de intercambio, de compra-venta, y donde el médico vive un anonimato, oscurecido por una imagen corporativa que vende la salud bajo la figura de la aseguración.

## CONDICIONES DE MERCADO

La nueva condición de mercado de la medicina ha pervertido su finalidad, encauzada en la compasión primeramente, para situarse en el plano del derecho y del mercado de servicios. Este es el lugar en donde se evidencia cómo la sociedad ha interferido de modo violento en el ejercicio de la medicina, incorporándola a sus coordenadas liberales e interactuando de modo permanente con sus nuevas nociones acerca de la enfermedad, la muerte, el dolor y el sufrimiento. Con este criterio, las facultades de formación médica se encuentran perplejas, ante la necesidad de formar médicos competentes para tales exigencias. Se fomenta una formación especializada para satisfacer todos los requerimientos de la sociedad. Las facultades de medicina, como productos de tal sociedad, se orientan a la industrialización de generaciones médicas, que sin ninguna crítica adoptan velozmente el modelo de ejercicio médico imperante, sin ningún cuestionamiento relativo a su condición, a las necesidades de su medio, ni a sus posibilidades de desarrollo y ejercicio profesional.

Las dimensiones sociales de la práctica médica no son objeto de estudio para el beneficio de la sociedad y del profesional; por el contrario, son objeto de examen para obtener lucro, sin ningún cuestionamiento posterior.

## LOS PROBLEMAS DE LA EPISTEMOLOGÍA CLÍNICA

En el plano epistemológico, cabe preguntarse de qué clase es el conocimiento médico. ¿Se trata de un conocimiento científico? ¿Cuál es su objetivo? ¿Cuál su método? ¿Qué universalidad, consistencia y validez puede predicarse de dicho método? Aquí afrontamos



una de las dificultades más importantes de la actividad médica, que vincula a la tradición médica griega y sus conceptos acerca del conocimiento, como *episteme* y como *techné*. ¿Se trata de una ciencia, de una *techné*, de un *arte*?

Abandonando una intencionalidad complaciente con el significado de *ciencia* y de *arte*, es preciso afirmar que el conocimiento médico se encuentra subyugado a sus objetivos naturales. Hemos comentado cómo el objetivo de la medicina se sitúa en el plano de la enfermedad y la salud, el alivio del sufrimiento y la postergación de la muerte. Pero en este sentido, el ejercicio médico es científico bajo la noción popperiana de ciencia, con limitaciones considerables. En realidad, la medicina tiene en parte algo del método crítico de Popper, en el contexto del ensayo y corrección del error, pero de modo seriamente problemático, también en la formulación de las hipótesis se evidencia una dinámica inductiva. Tanto en el plano de la asistencia e investigación clínica, como en el campo de la atención pública de la salud, bajo el marco de la globalización, el ejercicio médico apropia contenidos críticos en sentido popperiano. La medicina es uno de los campos de aplicación del conocimiento científico, en el que convergen muchos saberes específicos; esta convergencia le otorga un espacio de trabajo investigativo propio y a la vez compartido con ellos.

Sin embargo, la aplicación de tales contenidos no se limita a las dimensiones tradicionales de la ciencia, sino que las trasciende, ingresando en campos interpersonales y sociales de alcance y profundidades superiores. Esta penetración en dimensiones trascendentes a la *cientificidad* de la clínica hace de la medicina también una ciencia social, en la medida en reconstruye su ob-

jeto y lo inscribe en el ámbito de la sociedad, y de acuerdo con su finalidad se transforma en un verdadero humanismo.

No obstante, propuesta esta vía de interpretación para la práctica médica, quedan grandes problemas por resolver. Los experimentos clínicos son el campo donde la investigación epistemológica debe consolidar la metodología que dé consistencia al proceso investigativo. Se trata de experimentos en los que puede ajustarse el reconocido *método científico* con el enfoque crítico popperiano. El ensayo clínico es en gran medida una forma de experimento, que bajo el ensayo y la exclusión del error es ajustable a la propuesta crítica.

La dimensión experimental de la práctica médica es casi permanente en el campo de la clínica, al punto de que el registro y el análisis de los procedimientos y resultados son significativos como instrumentos de conocimiento, que no solo pueden arrojar conocimiento, sino que pueden reinterpretarse bajo un metanálisis, en función de nuevos protocolos y de nuevos proyectos experimentales.

Si bien suele afirmarse que la medicina puede operar –con notables límites– como las ciencias, bajo la estructura crítica del ensayo y corrección del error, la aplicación trasciende ese campo, al punto de no estructurarse bajo tal dimensión cognoscitiva y operativa, sino que se propone, antes que como ciencia, en sentido riguroso, como humanismo.

El carácter humanista de la medicina está determinado por su finalidad y el contexto donde se ejecuta. Aunque posea una dimensión que quepa cómodamen-



te bajo el criterio de demarcación popperiana, el horizonte de su práctica la constituye, antes que en *ciencia* rigurosa, en un humanismo. La romántica visión –en el sentido más vulgar del término– de la medicina como arte, antes que ciencia, recupera en gran medida mucho de lo que posee la actividad de ese horizonte.

La enfermedad como tal no es una enfermedad, sino un desorden, que tiene elementos comunes con otros individuos, pero que sin duda pertenece a un individuo particular, con condicionamientos biológicos, sociales e individuales de carácter específico.

El objeto de estudio en la dimensión clínica experimental posee cierta ambigüedad, condiciona en cierta medida la investigación y la práctica misma. Cuando se habla de *entidades clínicas*, se trata, antes que de realidades, de circunstancias biológicas particulares, con rasgos comunes y especialmente individuales. Si se toman como ejemplo el infarto del miocardio, la hipertensión arterial, la diabetes, etc., se trata de *entidades médicas* que no pueden existir al margen de cada sujeto que las padece y de sus condicionamientos particulares. Lo que hace la medicina es tratar de recuperar la información sobre los rasgos comunes y particulares de dicha entidad, y buscar su causa, explorar la terapéutica y obtener resultados prácticos comprobables y universalizables. En tales circunstancias, el estudio de las entidades clínicas y su manejo es el análisis de rasgos comunes y eficaces para el tratamiento de tales entidades, pero no es en modo alguno una descripción sobre la realidad y sus condicionamientos específicos, como estudia la física o la química. La realidad estudiada por la medicina está condicionada al individuo, en medio de sus particularidades como sujeto, perteneciente a un grupo gené-

tico determinado, a una raza, a una sociedad en coordenadas específicas.

Los objetivos de tal conocimiento son, en primer lugar, el manejo vital eficaz de dicha entidad en el sujeto concreto, y seguidamente establecer los lineamientos definidos que orientan la prevención, el manejo y la terapia de tal entidad. En este sentido, el método de la medicina es idéntico a aquel en la época hipocrática. Sin embargo, lo que hoy existe es la conjunción de la técnica con la medicina, que hace del problema del método algo más complejo. Se trata de determinar si aquello que llamamos *medicina* existe como una unidad estructural, que la explique como campo de investigación, de conocimiento, pero también de aplicación y de interacción social. El horizonte aquí propuesto es el enfoque tridimensional de la práctica de la medicina, como vía de interpretación epistemológica del quehacer médico.

No obstante, el método clínico posee, desde la tradición hipocrática, serios problemas en su estructura, que examinados en el contexto epistemológico no dejan de ser graves en la vía de su consolidación. La subjetividad reina aún en muchos campos del ejercicio, amparada precisamente en las otras dos dimensiones de la práctica mencionadas. Los análisis de laboratorio demuestran en gran medida las pretensiones de objetividad y la utilización de los mismos para estandarizar en lo posible las conductas ante circunstancias determinadas. A pesar de estos esfuerzos, sobrevive un amplio espacio de subjetividad en los campos que tienen que ver con el examen clínico, la evolución y el pronóstico, y el alto número de variables que se conjugan en el curso fisiopatológico de un individuo hacen imposible la predicción. Las *impresiones diagnósticas*, la



terapéutica, operan en gran medida en función de tales variables, y frecuentemente se ven conjugadas con la información que posee el galeno, su experiencia y la del centro de formación o de trabajo. ¿Cuál es, entonces, la pretensión de objetividad de tal proceso? ¿Qué garantía ofrecen los pretendidos estudios que justifican los procesos diagnósticos, las directrices terapéuticas? ¿Cómo poner límites a una larga cadena de subjetividades, es decir, de *impresiones* que gobiernan el diagnóstico, la evolución, la eficacia de los procedimientos y la enseñanza de los jóvenes galenos? ¿Cómo superar las debilidades subjetivas de la observación clínica? Uno de los intentos por resolver estos problemas de la clínica estuvo representado en la llamada medicina de la evidencia, cuya primera referencia data de los años 70<sup>6</sup>.

La naturaleza del ejercicio médico imposibilita que su dinámica pueda equipararse a proposiciones lógico-matemáticas de tipo "si A entonces B", pero hay espacios del objeto de estudio donde son aplicables fórmulas de razonamiento médico del tipo "A entonces B", o del tipo "si A, B, C, entonces D", reconociendo que las circunstancias que sostienen la existencia de "A" o "B" son en gran medida aproximativas, sujetas a condicionantes de variados tipos, etc.

La necesidad de estimular un razonamiento médico que busque prescindir de la subjetividad, y que no tome esta como un criterio en beneficio de crédito para la práctica, es definitiva. Es verdad que la medicina no

se comporta como las demás ciencias exactas, pero sus conductas deben estar justificadas en el plano de un razonamiento clínico lógico coherente, examinable por diferentes observadores, de modo que se tienda a una estandarización de los procesos de atención clínica y se aparte todo cuanto sea posible el subjetivismo. Esta es la preocupación de quienes defienden la evidencia clínica como criterio. "Sin la evidencia externa actualizada, el ejercicio médico puede volverse rápidamente obsoleto, en detrimento de los pacientes"<sup>7</sup>.

Es preciso reconocer que durante muchos años, y en gran medida, la medicina ha estado presa del subjetivismo, y que aun hoy mucha de su práctica se rige en medio de tales dificultades. El irracionalismo dogmático hace parte del trabajo de unidades de atención, sin la búsqueda de la objetividad científica. Y tal objetividad no solo no se busca, sino que, por el contrario, hay cierto sentimiento escondido que enorgullece a muchos galenos, cuando afirman que se practica una disciplina que no solo es diferente de la ingeniería u otras profesiones, en razón de que se trata con personas, sino que cada tratamiento es individualizado e individualizable, en función de hacer del oficio un *arte* que solo pocos pueden practicar.

Es verdad que cada circunstancia patológica es individual, en el contexto de los particulares condicionamientos, pero el rasgo distintivo de toda ciencia que aspire a apartarse de la hechicería es precisamente su búsqueda de la objetividad. No obstante, en la medicina contemporánea muchas de las conductas que se adoptan, en

<sup>6</sup> Cochrane, Archie. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1972.

<sup>7</sup> Sackett, D. I. "Evidence based medicine: what is and what isn't?", *B. M. J.*, 312: 71, 1996.





circunstancias médicas medianamente objetivables, son elegidas como modelos subjetivos, cuya eficacia también es subjetiva. Los médicos han sido formados con un modelo tradicional de ejercicio, en donde el espíritu científico se ve fomentado más como una actitud individual, que como el ejercicio de un saber.

Se alega que las condiciones individuales de cada paciente hacen que tanto el diagnóstico como el tratamiento deben ser individualizados. Y esta afirmación, introducida de modo inconsciente, ha generado unas condiciones particulares en la consolidación de la medicina como actividad científica. Cuando la medicina pretende determinar su objeto, encuentra distintos modos de abordarlo, condicionamientos específicos propios de dimensiones genéticas, rasgos biológicos de razas y particularidades individuales, que hacen de su objeto un problema de infinidad de variables y caras, que lo separan de la pretensión de objetividad.

Ocupándonos de la medicina pública, la enfermedad toma una dimensión mucho más imprecisa y sujeta a variables de diferente índole, que la separan transitoriamente de los condicionamientos individuales. El instrumento estadístico es entonces la estrategia, que posibilita las afirmaciones con mayor grado de certeza. Aplicado tanto al diagnóstico como a la terapéutica, es el único camino que se interpone entre la subjetividad y el conocimiento médico objetivo.

#### **OTROS TIPOS DE CONOCIMIENTO EN CONFRONTACIÓN CON LA MEDICINA**

Abandonando esta problemática, por razones que limitan los objetivos de este trabajo, señalaré solamente

otra de las dificultades que en este contexto afronta con mayor gravedad la medicina contemporánea. Se trata de verificar la eficacia de metodologías que no se inscriben dentro del conocimiento occidental tradicional de la enfermedad y sus causas. Las medicinas alternativas de carácter naturista, homeopático, holístico, etc., constituyen un conflicto explícito para la medicina contemporánea. Tanto su eficacia, como sus métodos de validación y consolidación de conocimiento, hacen de las dos formas de ejercicio médico una disputa constante, nuevamente con la interferencia de la sociedad.

Las dificultades de la masificación de la atención médica halopática han generado, en muchos campos de la atención, problemas con serios inconvenientes. Las enfermedades incurables han sido un terreno fértil, tanto para la discusión de los objetivos de la medicina, como para las disputas en la atención de la sociedad. Si bien la medicina alternativa ha proliferado en el mundo entero, y ha llegado a cubrir altos porcentajes de la atención, es cierto que en campos de la atención médica cumple un papel, si no conflictivo, al menos muy problemático en relación con la sociedad.

Una mirada superficial al problema de las medicinas alternativas vs. la medicina halopática tradicional, nos lleva afirmar que el nivel de prueba de tales prácticas es insuficiente para obtener conclusiones determinantes sobre su eficacia. Hay un gran número de falsas curaciones, con resultados cualitativos que no permiten determinar la eficacia; la gran mayoría de sus éxitos relativos están relacionados con enfermedades psicósomáticas. El principio de refutación de teorías, según Popper, sirve aquí como criterio para examinar el ca-



rácter de científicidad de las teorías, tanto de una medicina halopática como de las demás medicinas "alternativas". Siguiendo a Popper, si las teorías no son refutables, no son científicas. En el plano de las conjeturas, las medicinas alternativas están inscritas en el contexto de la pseudociencia, porque no hay comprobaciones experimentales que demuestren la eficacia, ni tampoco puede examinarse un aparato teórico que soporte tales prácticas, y menos que pueda ser verificado y fundamentado de modo refutable, como la ciencia exige, bajo el criterio de demarcación popperiana. Lo propio de la ciencia es la autocorrección; en la pseudociencia de las medicinas alternativas no existe este proceso, antes bien, prospera el error, con beneficios económicos notables. La ciencia es difícil y compleja. Por el contrario, la pseudociencia es cada vez más elemental, y más cercana a una mística que absorbe a los pacientes que desean una atención personalizada. La ausencia de una medicina personalizada, humanizada, sensible ante el dolor y el sufrimiento psicológico de la enfermedad, es la causa de tal proliferación.

El problema es muy serio, porque las medicinas alternativas, de una posición marginal e intrascendente, han pasado en poco tiempo a ocupar un lugar de prestigio en todo el mundo. Si las medicinas alternativas dan cuenta de su metodología, en relación con su diagnóstico y terapéutica, con un soporte estadístico experimental equivalente al de la medicina halopática, podemos afirmar que se trata de una parte de la medicina halopática, sin más, y que el conflicto radica en haber postergado la ratificación de su metodología y eficacia dentro de los cánones racionales y científicos, es decir, universalmente compartidos.

Sin embargo, en sus concepciones hay espacio para el subjetivismo y la superstición, con lo poco que puede decirse en el plano epistemológico. Entonces, el análisis siguiente deberá ser de tipo sociológico, en función de las medidas que se deben considerar para la atención social de tales prácticas y su eficacia, condicionada por aspectos psicosociales.

A pesar de estas razones, en el contexto social pervive el conflicto entre las dos medicinas, y constituye en cierto modo una amenaza para la sociedad. En este punto es preciso afirmar que la sociedad se ve obligada a trazar sus propios límites de aceptación, y a evaluar la ineficacia de los procesos de atención tradicionales, en relación con la eficacia comprobable de otras prácticas alternativas. Entonces, en tal discusión se encuentra otro problema serio para la medicina, que es preciso también resolver.

#### LOS PROBLEMAS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

A los problemas enunciados se añaden otros de gran valor e importancia. La educación médica afronta, en su propio seno, el conflicto de esta problemática. ¿Qué significa, entonces, la enseñanza de la medicina y la formación de un profesional "médico"? ¿Qué tipo de medicina debe impartirse en las facultades de medicina? ¿Cuáles derroteros debe seguir? ¿Cómo articular las necesidades, condicionamientos y desequilibrios locales con una perspectiva globalizada? ¿Cómo articular el humanismo descrito con un ejercicio saturado de problemas sociales?

Aquí, pues, la justificación más importante de la necesidad de la filosofía de la medicina. Las reflexiones



sobre la educación médica tienen necesariamente que atravesar el difícil camino señalado. Los cambios curriculares de los últimos años han puesto la problemática de cómo educar mejor a nuestros médicos, cuestionando la tradicional enseñanza en la que se forman, gobernada en departamentos individuales, al margen de la integración de todos los contenidos de los que debe ocuparse la "medicina". Las sociedades cuestionan la poca capacidad de comunicación de los galenos modernos, y se empieza a cuestionar la asistencia hospitalaria como el modelo del trabajo médico.

La adaptación de las facultades a estos problemas es insatisfactoria. Por ejemplo, las distinciones tajantes entre disciplinas no solamente son problemáticas de modo administrativo, sino pedagógico. El currículo médico no debe perseguir, a toda costa, alcanzar a cubrir el máximo posible el conocimiento médico existente, sino debe ser discriminatorio, en función de las necesidades más apremiantes de la sociedad. Si se abraza la noción de que la preparación del médico es siempre constante y, por lo tanto, inacabable, bien pueden omitirse dentro del currículo un gran número de contenidos, a los que puede accederse en el curso de la formación posterior y en función de los intereses laborales ulteriores. Formar un médico con una perspectiva sólida e integral de las posibilidades es un gran reto, antes que saturar de información inútil, que pronto se olvidará o quedará en desuso. Una época como la nuestra debe estar orientada al manejo de la información, antes que al aprendizaje de contenidos que alguna vez significaron mucho para la práctica, pero que hoy pueden ser en gran medida revaluados.



Uno de los retos de la enseñanza de la medicina consiste en incorporar el computador y la red, con todas sus capacidades, a la práctica ordinaria de los estudiantes de medicina y los jóvenes galenos. La red de información es una fuente que posibilita prontamente la información que antes no era posible obtener sino en escasos y privilegiados lugares. Cada disciplina requiere ser reexaminada en el contexto de un currículo formal, que tenga objetivos claros en función de la formación médica necesaria. Las modernas universidades contemporáneas promueven la enseñanza de la medicina con sistemas modulares de integración de las clásicas disciplinas, en donde los problemas se vuelven a redefinir desde una perspectiva integral, que evite las repeticiones y duplicaciones innecesarias del currículo. La masificación de la educación médica trae también como consecuencia serios problemas. Pensar la educación médica en función de las nuevas condiciones actuales es sencillamente imprescindible.

Junto a estos problemas, debe fomentarse la formación de las cualidades humanas del galeno moderno, que han sido sacrificadas en función del aparente dominio de campos donde la información es muy extensa, y por el aprendizaje de procesos que relacionan su práctica con la técnica. Es preciso reflexionar sobre las nuevas estrategias de enseñanza de tales habilidades en los médicos en formación. El uso de medios audiovisuales, grabaciones, etc., puede ser aprovechado en beneficio de objetivos definidos, de un razonamiento médico transferible a los jóvenes estudiantes. Se requiere, pues, del ejercicio de la medicina dentro de cánones de evidencia científica. No puede continuar fomentándose la enseñanza de la medicina en decisiones que se basan por comple-



to en la experiencia individual subjetiva. De cara al razonamiento médico, puede fomentarse el cultivo de un rigor intelectual que favorezca el destierro de la subjetividad como estrategia de la clínica. También es preciso enseñar a interpretar, de modo crítico, la inmensa información que existe sobre todos los temas médicos. El nuevo paradigma sitúa la enseñanza de la medicina en la tarea de replantear, a la luz de la filosofía de la medicina, un proyecto educativo autocrítico, acorde con las necesidades de nuestro tiempo.

### POBREZA Y EQUIDAD EN SALUD

El último problema que deseo mencionar es el relacionado con la pobreza y equidad en salud. Nuestra época está determinada por un gran número de desigualdades injustas y evitables, en relación con el acceso a la salud desde una perspectiva global y moderna. La población universal se halla definida por la pobreza como uno de los factores determinantes de nuestro tiempo. Las disparidades económicas constituyen, en esencia, una de las causas más profundas de desequilibrios en salud, y como consecuencia obvia, las sociedades desequilibradas en salud no tienen las condiciones necesarias para afrontar la economía contemporánea competitiva.

El tema de la pobreza vinculado a la salud ha sido examinado desde hace décadas. En 1973, el Banco Mundial afirmaba la definición de pobreza absoluta como:

“Unas condiciones de vida tan degradadas por la enfermedad, el analfabetismo, la desnutrición y la miseria, que niegan a sus víctimas las necesi-

dades humanas fundamentales... unas condiciones de vida tan limitadas, que impiden la realización del potencial de los genes con los que se nace; unas condiciones de vida tan degradantes, que insultan a la dignidad humana, y aun así, unas condiciones de vida tan habituales, que constituyen el destino de cerca del 40% de los pueblos de los países en vías de desarrollo”<sup>8</sup>.

Lo paradójico de esta situación es que las condiciones de vida han mejorado en el último siglo más que en todo el pasado de nuestra historia, y, sin embargo, las diferencias son cada vez mayores. “El ingreso promedio en los 20 países más ricos es 37 veces mayor que el de las 20 naciones más pobres; esta brecha se ha duplicado en los últimos 40 años”<sup>9</sup>.

“Nuestro mundo se caracteriza por una gran pobreza en medio de la abundancia. De un total de 6.000 millones de habitantes, 2.800 millones –casi la mitad– viven con menos de US\$2 diarios, y 1.200 millones –una quinta parte–, con menos de US\$1 al día; el 44% de este grupo se encuentra en Asia meridional. En los países ricos, los niños que no llegan a cumplir cinco años son menos de uno de cada 100, mientras que en los países más pobres, una quinta parte de los niños no alcanza esa edad. Asimismo, mientras que en los países ricos menos del 5% de todos los niños menores de cinco años sufre de desnutrición, en las naciones pobres la proporción es de hasta el 50%”<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> McNamara, Robert. Informe del Banco Mundial, 1973.

<sup>9</sup> Ob. cit.

<sup>10</sup> Ver *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 2000/2001*, New York, Ediciones Mundi prensa, 2001.



Esta es la razón por la cual la inequidad en salud constituye una causa de inequidad en el plano social y político. La atención en salud contemporánea es también un reto político, en el que la sociedad se ve comprometida, en función directa con la justicia. Los criterios de medida de la atención, en función de la mortalidad, y la atención de servicios de salud, demuestran simplemente una dimensión parcial y reducida del panorama de atención en salud. A pesar de las limitaciones de este criterio, la información obtenida demuestra que las sociedades menos favorecidas presentan elevadas cifras, vinculadas con la morbimortalidad, y de igual modo escasez de atención a la población y concentración de profesionales, junto con otros factores que representan a nuestros países subdesarrollados.

El análisis crítico del Informe sobre el Desarrollo Humano<sup>11</sup> muestra que, infortunadamente, si no se toman las medidas correctivas, la humanidad continuará en el alejamiento de las distancias entre países ricos y pobres, pues se espera un aumento de la población dentro de los próximos 25 años.

Es un hecho constatable que el grado de desarrollo de una sociedad está determinado en gran parte por sus capacidades de gestión de la salud. Surge entonces la pregunta: ¿cómo poder establecer una salud equitativa en una sociedad desigualmente competitiva? La raíz de este cuestionamiento vincula la salud pública con la justicia social en el contexto global. No es esta una época en la que se pueda hablar de salud global sin enmarcar esta problemática dentro de la justicia social.

<sup>11</sup> Ver *Informe sobre el Desarrollo Humano, 2000/2001*, New York, Ediciones Mundi prensa, 2001.

Amartya Sen<sup>12</sup> resalta la necesidad de evitar aislamientos en la comprensión de las diferencias sociales y las de atención en salud y, sobre todo, la necesidad de encuadrar la salud en el contexto de la justicia.

“La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas, puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables y mortalidad prematura. La equidad en relación y distribución de la salud, queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia”<sup>13</sup>.

Es evidente que en donde hay grandes diferencias sociales, el promedio de la salud es malo. América Latina es la región del mundo donde mayores desigualdades sociales hay. No basta con la descripción de la justicia distributiva, es preciso ir a la raíz de las causas de las inequidades sociales.

<sup>12</sup> Premio Nobel de Economía. Cifrado en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud, York, UK, 23 de julio de 2001.

<sup>13</sup> Sen, Amartya, III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud, York, UK, 23 de julio de 2001, *Pan. Am. J. Public Health*, 11 (5/6), 2002, pág. 303.



Pero vale la pena interrogarse sobre cómo debe ser entendida la pobreza. El Banco Mundial la ha definido de la siguiente manera:

“La pobreza es hambre. La pobreza es falta de techo bajo el cual resguardarse. La pobreza es estar enfermo y no poder ser atendido por un médico. La pobreza es no poder ir a la escuela y no saber leer. La pobreza es no tener trabajo, tener miedo al futuro y vivir día a día. La pobreza es perder a un hijo debido a enfermedades relacionadas con el agua impura. La pobreza es impotencia, falta de representación y libertad”<sup>14</sup>.

Todas las iniciativas de desarrollo pretenden reducir la pobreza. En realidad, la pobreza es un factor ligado intrínsecamente con la salud, y los dos factores se condicionan de manera recíproca.

Es preciso resaltar también la vinculación de la salud con el desarrollo de otras áreas sociales. La salud es la condición de posibilidad de cualquier tipo de desarrollo social e individual, y se vincula, por lo tanto, a la ética social. La justicia, entendida como focalización de los recursos en las áreas sociales más vulnerables y desprotegidas, es campo de obligada reflexión contemporánea. Aquí es preciso interrogarse por el lugar y el modo como se consumen los recursos en salud. Tanto para las sociedades desarrolladas, como para las que se encuentran en el subdesarrollo, la pregunta es, en definitiva: ¿cuánto nos cuesta la salud, y en qué proporciones se divide el gasto de la atención en salud? ¿En qué medida la

privatización ha encarecido el derecho a la salud? ¿Los escasos recursos se consumen en atender sectores de altos ingresos, o sectores en los cuales puede haber financiación de otro tipo de fuentes? Tales preguntas destacan los problemas más importantes que afronta nuestra época en el terreno de la distribución de recursos, y demuestran que la inequidad en la distribución de los ingresos necesariamente impacta las condiciones de salud.

Otro elemento para considerar consiste en discutir sobre la legitimidad de distinguir la salud como un bien privado o público. Enfatizar en la necesidad del reconocimiento acerca de la salud, como una responsabilidad del Estado, como un derecho individual, y no como un bien privado, al que se accede según la capacidad económica, debe ser uno de los criterios esenciales de justicia en el campo sanitario.

La discusión sobre la salud como un bien privado<sup>15</sup>, significa privar de responsabilidad al Estado, que se ha constituido con el fin de proteger a los más desfavorecidos. Una salud privada es aceptable en sociedades ricas, en las que existe tal nivel de gestión que no se pone en peligro la atención de los menos favorecidos, porque en realidad tales grupos son mínimos y gozan de asistencia. Pero es inaceptable pensar la salud como un bien privado, cuando se trata de sociedades pobres. El lucro en condiciones de pobreza es inaceptable éticamente.

La pregunta que emerge es sobre la eficacia del desarrollo de la salud para los países pobres. La pobreza y la ma-

<sup>14</sup> Ver *Informe sobre Desarrollo Humano, 2000/2001*, *ob. cit.*

<sup>15</sup> Ver T. Engelhart. *Foundations of Bioethics*.



la salud son fenómenos intrínsecamente relacionados. Los países pobres presentan resultados peores de atención sanitaria. La pobreza genera mala salud, y esta lleva a que los pobres continúen en su condición de pobreza.

Esta dimensión política de la medicina es también el ingrediente que matiza aún más sus problemas. La consideración de que la medicina como profesión está al margen de estos condicionamientos sociopolíticos actuales es equivocada, tanto como aquellas razones que la reconocen como un campo estrictamente científico.

El reconocimiento de esta triple constitución de la medicina, como práctica de aplicación científica, con intensa dimensión social y humanística, lleva a que el campo de su trabajo, su finalidad, sea la vía de reestructuración del concepto de medicina, a la luz del paradigma descrito. El trabajo intelectual sobre esta comprensión será, de alguna manera, el camino que restituya el significado de la medicina.

## CONCLUSIONES

La problemática señalada pone en evidencia la necesidad de reflexionar sobre estos temas desde una perspectiva propia, que sea contextualizada en la perspectiva de la filosofía de la medicina. Si bien los cambios sufridos en el último siglo han propiciado el acercamiento a un nuevo paradigma, como el descrito, es preciso que tales cambios sean examinados con un foco temático, que libere las dificultades de una interdisciplinariedad acéfala.

Gran parte de los problemas presentes se deben a una pérdida de identidad del quehacer médico, y la con-

frontación de tal circunstancia con las nuevas condiciones de la sociedad contemporánea. A pesar de las dificultades, la interpretación de la medicina como un humanismo inscrito dentro del campo de la ciencia aplicada favorece notoriamente la resolución de los problemas. Pero aun aquí, afrontamos nuevos problemas: ¿qué tipo de humanismo?

El diálogo con la sociedad contemporánea es ineludible. Como es natural, este diálogo tiene las grandes dificultades representadas por el consenso, que como estrategia en condiciones de una disparidad globalizada, hace de tales expectativas algo demasiado complejo, con innegables dificultades prácticas.

El papel de esta reflexión, de cara a la educación médica, es definitivo, en especial si se realiza a la luz de las condiciones de pobreza global y los desequilibrios. ¿Qué tipo de médico se necesita formar? ¿Bajo cuáles horizontes sociales? ¿Cuáles son las verdaderas necesidades? ¿Cómo establecer un diálogo equilibrado y prudente con la sociedad?

En otras palabras, ¿qué es lo que debemos hacer? ¿Por dónde debemos iniciar? ¿Qué debe ser lo primero, y qué lo segundo, por hacer?

## REFERENCIAS

1. Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 2000/2001*, New York, Ediciones Mundi prensa, 2001.
2. Caplan, A. L. "Does The Philosophy of Medicine exist?", *Theor. Medicine*, 13: 67 a 77, 1992.
3. Engelhart, H. T. "Philosophy of Medicine", en *A Guide to the Culture of Science, Technology and Medicine*, New York, Durbin, P. T. (ed.), Free Press, 1984.



4. Engelhart, H. T. "Philosophy of Medicine", *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Reich W. T. (ed.), 1995.
5. Hipócrates. *Tratados hipocráticos sobre la ciencia médica*, Madrid, Gredos, 1990.
6. Pellegrino, E. D. *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford University Press, 1993.
7. Pellegrino, E. D.; Thomasma, D. C. *A Moral Philosophy of Medicine*, Washington, Georgetown University Press, 1996.
8. Pellegrino, E. D.; Thomasma, D. C. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of The Healing Professions*, New York, Oxford University Press, 1981.
9. Pellegrino, E. D.; Thomasma, D. C. *For The Patients Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1987.
10. Pellegrino, Edmund. "What The Philosophy of Medicine is?", *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19: 315-336, 1998.
11. Popper, Karl. *Conjeturas y refutaciones*, Barcelona, Paidós, 1983.
12. Popper, Karl. *Conocimiento objetivo*, Madrid, Tecnos, 1988.
13. Popper, Karl. *La lógica de las ciencias sociales*, México, Grijalbo, 1978.
14. Sen, Amartya. *Inequality reexamined*, Cambridge University Press y Oxford Clarendon Press, 1992.
15. Sen, Amartya. *Desarrollo y libertad*, Barcelona, Planeta, 2000.
16. Sen, Amartya. *Nuevo examen de la desigualdad*, Madrid, Alianza, 1999.
17. Sen, Amartya. *Sobre ética y economía*, Madrid, Alianza, 1999.
18. Temkin, O. "On the inter-relationship of the history and philosophy of medicine", *Bull. History of Med.*, 30: 241/251, 1956.
19. Vélez, Antonio. *Medicinas alternativas*, Madrid, Editorial Planeta, 1997.
20. [www.worldbank.org/poverty/spanish/wdrpoverty/desigual.htm](http://www.worldbank.org/poverty/spanish/wdrpoverty/desigual.htm)

