

EL QUEHACER MEDICO COMO PARADIGMA PRAXIOLOGICO

Cuad. Méd. Soc. XLII, 1-2, 2001/ 46-51

*Miguel Kottow**

RESUMEN

Los avances científicos en biología molecular y genética han creado la impresión que el quehacer médico se está volviendo cada vez más científico, como también lo sugiere el interés generado por la medicina basada en evidencia. Hay quienes postulan que este desarrollo llevará en el futuro a que los servicios médicos tengan menos preocupación por tratar enfermedades que por ser predictivos y por cumplir deseos de crear estados ideales de salud, perfeccionando la morfología y la fisiología humana hasta sobrepasar límites funcionales hoy considerados normales –elevados niveles de inteligencia, longevidad, postergación del desgaste etéreo.

Según el presente artículo, la medicina es una actividad centrada en la terapéutica, con un carácter más pragmático que científico y cuyo actuar atiende primordialmente las necesidades sanitarias de la población. Sólo entendida como un quehacer terapéutico podrá insistirse que la medicina tiene que propender a ordenamientos sociales donde haya un acceso y una cobertura igualmente disponibles para todos los necesitados. Para cumplir estos objetivos, requiere una mayor participación de todos los involucrados, un quehacer diagnóstico y terapéutico que racionalice el uso de recursos escasos, una mayor integración con la medicina pública y una formación humanista más sólida para los profesionales sanitarios, pues en una práctica social tan fundamental como la medicina la ética juega un papel preponderante e ineludible.

Palabras claves: Práctica profesional, terapéutica, ética médica.

ABSTRACT

Medical progress in molecular biology and genetics has created the impression that medicine is becoming progressively more scientific, as is also suggested by the interest devoted to evidence based medicine. Some authors believe that due to these developments, medical services will become less interested in caring for the sick and more devoted to predictive and enhancement strategies aimed at surpassing functional and morphological characteristics currently considered normal –elevated IQs, longevity, protracted senility–.

In this article we argue that medicine ought to remain a therapy-centered activity, with a predominantly pragmatic character aimed at attending the health-care needs of society. Only by insisting that its main goal is taking care of the sick, will medicine plausibly strive towards a society where access to, and availability of, health-care is distributed with justice. To this purpose, medicine must emphasize increased

* Doctor en Medicina, Magíster Sociología, Profesor titular U. de Chile.

participation of all those involved, more rationality in the use of diagnostic and therapeutic resources, a closer alliance between clinical medicine and public health and, finally, a greater commitment to humanistic education for health care providers since, being a social practice, medicine is necessarily steeped in ethics which must be understood and adopted by all those involved.

Key words: Professional practice, ethics medical, therapeutics.

El artículo de G. Sanhueza (2000) tiene el atractivo de recepcionar intereses médicos cuyo radio de pensamiento excede con mucho el quehacer profesional contingente, sin por ello dejar de ser relevante para la práctica médica. Desarrolla un entramado histórico de malla amplia, mostrando parte de los variados modos de conocer y de entender la medicina que han sido influyentes en el pensamiento médico contemporáneo. Es precisamente esta variedad la que invita a desarrollar algunos comentarios adicionales sobre el tema.

EPISTEMOLOGIA MEDICA

Resulta difícil aplicar el pensamiento de Kuhn a la medicina, pues el filósofo de las ciencias se refería preferentemente a las disciplinas científicas duras, en tanto la medicina no ha podido catalogarse como ciencia alguna, simplemente porque la ciencia generaliza, en tanto la medicina trata de lo particular. Ello ha permitido, a lo más, concederle título de ciencia del individuo (Gorovitz & Mac Intyre, 1976), pero hay allí una contradicción insoluble. Los intentos de hacer científica la medicina, desde los del internista decimonónico B. Naunyn ("La medicina será ciencia o no será") hasta la medicina basada en evidencia, han debido ceder a la idea que más bien debe hablarse de una praxiología médica, es decir, de una práctica social que aúna conocimientos y habilidades estructuradas para curar o paliar enfermedades.

La aparente convergencia entre pensamiento científico y medicina puede generar la percepción distorsionada de que la medicina se está tornando progresivamente más científica; lo que ocurre, sin embargo, es que la ciencia abandona el discurso de la verdad absoluta y reconoce sus metas pragmáticas y su dependencia de las circunstancias sociales en que se desempeña (Geymonat, 1961), un enfoque que siempre le ha sido muy natural a la medicina. En ese sentido, más que un paradigma epistemológico representa la medicina un paradigma de acción (Hucklenbroich, 1998). El carácter praxiológico de la medicina es rubricado por el renacimiento de la ética médica, preocupa-

da de las actitudes profesionales que inspiran y sustentan estas prácticas.

La medicina basada en evidencia, que supuestamente es la forma más científica de hacer medicina, ha resultado un modo precipitado de generar conocimientos médicos, modo preñado de falacias por cuanto prefiere el método estadístico y la estrategia aséptica del estudio doble ciego randomizado, por sobre el conocimiento del paciente individual en tanto realidad biográfica y proyecto existencial vulnerado por la enfermedad (Buetow & Kenealy, 2000). Es interesante que en "La República" de Platón aparecen algunos comentarios acerca del médico que, teniendo las habilidades técnicas pero careciendo de conocimientos éticos, fácilmente se podría convertir en un eficiente envenenador; más adelante, Platón se queja de la nueva hornada de médicos que menosprecian la ética profesional y se vuelven "nodrizas de la enfermedad" (406ª, 1980), al punto que la medicina se ha tornado peor que inútil, dedicada a mimar a los hipocondríacos pudientes.

Al margen de lo anterior, la medicina basada en evidencia ha servido para recortar costos en atención médica: los administradores de centros médicos desincentivan la prescripción de medicamentos y procedimientos si no llevan el aval de haber sido "evidenciados". Plagada desde un comienzo de aplicaciones espurias, la medicina basada en evidencia no es la *via regia* del conocimiento médico.

La epistemología médica ha llegado a la conclusión de que el paciente no es objeto de conocimiento sino de práctica terapéutica. Metas, criterios de evaluación y principios rectores son diferentes para la medicina y para la ciencia (Munson, 1981). La medicina pierde su almendra ética si investiga por investigar, si explora innecesariamente, si olvida que todo conocimiento médico tiene que justificarse en tanto es terapéutico. Interesa menos saber la enfermedad que tiene que poder ayudar al paciente. La medicina utiliza, sin duda, insumos cognitivos provenientes de diversas ciencias y de la investigación biomédica. Pero la relación médico-paciente, el encuentro clínico, son modos dialógicos y participativos en que se

encuentran dos personas, una que sufre y otra que sabe paliar y, a veces, curar. Ni siquiera la cirugía es mera técnica, pues el buen cirujano no sólo es el que domina instrumentos con precisión, sino el que maneja criterios prudentes para hacerlo. El diagnóstico que no tiene fines de orientación terapéutica es inmoral (Wieland 1975). Cuando la exploración diagnóstica comienza a tener menos utilidad para el paciente que para el médico o para la medicina, estamos frente al imperativo diagnóstico, con todas sus secuelas económicas y de riesgos (Nahm, 2001). La más acuciosa de las estrategias diagnósticas lleva a una hipótesis, no a certezas; el diagnóstico siendo una proposición doxástica –una opinión– más que una proposición epistémica –una certeza–. La contingencia del diagnóstico es múltiple: aquí entra la visión de mundo imperante en la medicina –es el factor constructivista que señala Sanhueza–, pero también se dan otras variables como el paciente en cuanto ser singular, el factor temporal, el momento técnico (Sadegh-Zadeh, 1981).

Las aclaraciones presentadas tienen importancia capital para nuestra medicina contemporánea, así como para escenarios futuros. En lo que al presente atañe, la abdicación de una medicina estrictamente tecnocientífica facilita la desarticulación del paternalismo, del desnivel de poder entre el médico experto y el paciente vulnerable y desinformado. La medicina como práctica establece la relación médico-paciente de tipo participativo, recupera la autonomía del paciente para que ejerza la decisión informada. Todo el auge de la bioética clínica, así como de la ética de la investigación, se fundamenta en la recuperación del paciente como persona que ausculta opciones existenciales que la enfermedad y los tratamientos abren por un lado y clausuran por otro. Entendida más bien como práctica social que como ciencia, se hace posible una asignación de recursos que respeta menos la sofisticación instrumental que la ecuanimidad (Wildes 2001).

Esta reestructuración del encuentro clínico necesariamente se acompaña del reconocimiento que los diagnósticos son hipotéticos, los tratamientos indeterminados, los pronósticos inciertos. La medicina no ofrece, y el enfermo no puede esperar, una disciplina terapéutica con certezas deterministas y soluciones infalibles. Visto su anclaje en la biología, no deja la medicina de padecer un grado considerable de indeterminación: las explicaciones cubren sólo muy parcialmente los procesos y dejan partes importantes en la incertidumbre. Aceptado eso, la práctica médica se alejaría del espíritu

contractual y del protagonismo malsano de los juicios de mala práctica.

EL PARADIGMA TERAPEUTICO

El segundo punto nodal de todo pensamiento en torno a la medicina contemporánea, y sobre todo futura, es el desplazamiento del paradigma terapéutico por la aparición de expectativas meliorativas y perfectivas. Se le pide a la medicina que sea predictiva y preventiva, que construya la capacidad de longevidad bíblica, que controle a voluntad funciones tan diversas como la reproducción, la sexualidad, los fenómenos mentales, la estética del cuerpo y, aun no pero ya en ciernes, que permita la recombinación genética a voluntad.

El filósofo y bioeticista italiano Maurizio Mori posiblemente lleve su pronóstico de la medicina del futuro a extremos excesivos cuando señala que “debemos abandonar el término ‘medicina’ a fin de que nos ayude a constatar que los ‘tratamientos médicos’ tradicionales (efectuados para recuperar la salud como un estado natural dado) son radicalmente diferentes de los nuevos ‘tratamientos de cuidados de la salud’ (efectuados para cumplir deseos relacionados con los aspectos biológicos de la vida). Este cambio abre nuevos campos que deben ser explorados.” (Mori, 2000).

Esta visión no se compadece con los requerimientos sanitarios de países menos desarrollados, además de no ser compatible con las insuficiencias de recursos que afectan a los sistemas médicos de todas las naciones. Pero sí revela la inquietante predicción de capacidades médicas que podrían tomar estos nuevos rumbos a favor de quienes puedan solventarlos. La medicina del deseo amenaza crear un nuevo frente de discriminación, incluyendo en sus servicios exclusivamente a los pudientes, que podrán comprar mejoras biomédicas que los dotarán de ventajas adicionales sobre los demás.

Sin embargo, los cambios que se están instaurando obligan a repensar lo que es salud y enfermedad, para saber cuáles sean las situaciones del organismo humano que justificarán al ciudadano de mañana el derecho, el acceso y la cobertura de atención médica, lo cual exige asimismo una redefinición de la práctica médica; acaso su substrato de acción sea la enfermedad o si también consideraremos, por ejemplo, que es medicina la reproducción artificial en individuos sanos que por algún motivo idiosincrásico están indispuestos a fertilizar por la vía natural. Será asimis-

mo insoslayable rehacer la antropología médica, cuya visión actual del hombre lo entienda expuesto al azar y a fuerzas ignotas, más lo que la biotecnociencia está a punto de eliminar para dar paso a la programación artificial de todo lo que es humano (Parens, 1995). ¿Es posible que en algunas generaciones más ya no se trate a los enfermos sino que se recambien por personas artificialmente más robustas y duraderas?

Temas todos que son requirentes de reflexiones intensas y profundas, a los cuales es preciso agregar, mas no sea introductoramente, que si algún término ha de ser abandonado no sea "medicina", como propone Mori, sino más bien "salud". Desde siempre ha sido salud un concepto impreciso y sujeto a definiciones tan poco operativas y ampulosamente utópicas como aquella tan conocida que esculpió la OMS hace ya varias décadas. La clínica no concibe el estado de salud, lo que hace es descartar enfermedades, detectar predisposiciones, paliar o curar patologías. El punto inicial del acto médico es un estado mórbido a detectar o descartar; el estado final es la ausencia, la desaparición o el apaciguamiento de la enfermedad. Ningún enfermo vuelve al estado premórbido, como ya lo señalara con precisión K. Goldstein (1995). Si por un estado de salud se entendiera la normalidad —a definir—, de todos los parámetros biológicos del ser humano, no podríase jamás certificar ese estado, pues inevitablemente todo individuo porta genes anómalos, patologías potenciales, predisposiciones, alteraciones que adquirirán sello de mórbidas según las circunstancias. Tal vez donde con más propiedad se puede hablar de salud sea en el ámbito de la salud pública, donde en rigor se atiende menos al estado orgánico del individuo que a la gestación preventiva y al saneamiento de medios ambientes propicios para que las personas no enfermen.

Inspiración importante para esta reflexión proviene de un esfuerzo analítico internacional que propiciara el Hastings Center y en el cual participaron también académicos de nuestro país, cuyos frutos se publicaron *in extenso* (1996). De este estudio emergió, entre muchas otras perspectivas, una lista de las cuatro metas que caracterizan el quehacer de la medicina contemporánea:

1. Prevención de enfermedades y lesiones, así como la promoción y el cultivo de la salud (definida por el grupo como el bienestar y la integridad de la mente y del cuerpo).
2. Alivio del dolor y del sufrimiento causado por enfermedades.

3. Cuidado y cura de quienes están aquejados de enfermedades, así como el cuidado de los que no pueden ser curados.
4. Evitación de muertes prematuras y esfuerzos por una muerte pacífica.

En suma, metas tradicionales que centran en combatir enfermedades y sus secuelas, y que se busca alcanzar un estado de salud entendido en términos sobrios y atingentes al quehacer médico. Frente a los embates de una medicina perfecta que desvirtuaría las tareas sanitarias clásicas y generaría nuevas y profundas desigualdades de acceso y cobertura médica, es necesario reafirmar que la medicina es un paradigma praxiológico centrado en prevenir y curar enfermedades, así como cuidar a los afectados y paliar sus padecimientos.

ADMINISTRACION DE RECURSOS

Estas pinceladas, gruesas pero cada vez más detectables y probables, cobran realidad al considerar que todos los regímenes políticos reclaman el agobio que significan los expansivos costos de la medicina terapéutica. Indefectiblemente se están produciendo recortes presupuestarios, reducciones de coberturas y crecientes exigencias de autofinanciamiento. Al mismo tiempo, la investigación genética, básica y clínica, se convierte en negocio cada vez más lucrativo, captando inversionistas porque los réditos son suculentos; inscribiendo patentes porque el mercado genético está en ebullición. Buscar el gen de la longevidad, patentarlo y convertirlo en mercadería de consumo es más atractivo que aumentar los fondos destinados a la geriatría y la gerontología. El principio de justicia que inspira todo pensamiento sanitario y toda acción de salud pública cede frente a desniveles de acceso que hacen de la biotecnociencia moderna un artículo de lujo que sólo los pudientes logran solventar.

NUEVAS ORIENTACIONES DE LA PRACTICA MEDICA

Las disquisiciones presentadas no tendrían sino presencia meramente académica, si no fluyesen algunas recomendaciones de acción que inciden tanto sobre la formación como sobre la práctica del médico, aquí sólo esbozadas, pero cada una de las cuales merece una reflexión pausada.

1. Decisiones participativas

La fragmentación y el protagonismo de lo económico, la multiplicación de agentes involucrados y las indeterminaciones que aumentan con la sofisticación de la biomedicina requieren de mecanismos de decisión más participativos.

Si bien la bioética continúa enfatizando que el núcleo de la práctica médica es el encuentro clínico, sucede que la relación médico-paciente ha dejado de ser la interacción de dos personas autónomas que exploran la situación médica y deciden en concordancia las acciones diagnósticas y terapéuticas pertinentes. Los recientemente concebidos sistemas de atención médica y ante todo el sesgo economista que administra cada vez más la práctica médica van erosionando gran parte de la autonomía de los actores. No sólo el paciente ve reducidas las opciones terapéuticas, también el médico sufre restricciones en sus decisiones, condicionadas por las asignaciones de recursos escasos y las políticas de contención de costos (Ten Have, 2000).

Esta evolución requiere mayor transparencia y fundamento ético para resistir la burocratización de las decisiones médicas, para conservar la credibilidad de la ética médica, así como la capacidad de decisión informada y autónoma del paciente, mas también del médico, dentro de las limitaciones impuestas.

2. Estrategias diagnósticas

La práctica clínica se ve sometida a crecientes presiones por extremar los métodos diagnósticos, lo cual se acompaña del temor a represalias jurídicas si se omitió algún procedimiento técnico y con ello no se detectó, o se evaluó erróneamente, un diagnóstico. Existe además una presión comercial por la utilización de instrumentación diagnóstica sofisticada y por la amortización de equipos adquiridos. Tantas causas espurias llevan al clínico a solicitar lo que se denomina baterías de exámenes, un método cuyos altos costos e incrementados riesgos convenientemente pueden ser reemplazados por una estrategia basada en el teorema de Bayes: cada examen se pide después de ponderar, según su sensibilidad y especificidad, el grado de esclarecimiento que aporta para ir pasando de la incertidumbre a la hipótesis diagnóstica fundada.

3. Énfasis en medicina pública

La distinción entre medicina pública y atención médica individual se vuelve cada vez menos

clara. Más allá de la medicina preventiva y la salud pública, que reconocida y necesariamente re-basan el ámbito de lo individual, aparecen en la medicina contemporánea servicios médicos que se han transformado en públicos, como son por ejemplo los tamizajes y la medicina predictiva. Si bien están concebidos como un servicio a las personas, se han ido constituyendo en estrategias utilizadas por empleadores, compañías aseguradoras y empresas para someter a exploración biológica aquellos segmentos poblacionales que les interesan.

El creciente énfasis en la importancia patogénica de estilos de vida y de factores ambientales desplaza, asimismo, la atención desde el encuentro clínico a proposiciones y programas de carácter público, lo cual tiene importancia preventiva indudable, pero también está erosionando los compromisos de la atención médica y minando las coberturas bajo el pretexto de la responsabilidad del paciente en su enfermar.

4. Formación humanista

La práctica médica se torna más compleja porque ya no depende en lo fundamental de los conocimientos y habilidades del prestador sanitario, sino que se agrega la voluntad autónoma del paciente, la injerencia de allegados, convivientes y representantes; hay una fuerte incidencia de factores económicos y un impacto tecnocientífico que cuestiona las tareas tradicionales de la medicina. Hay un creciente reconocimiento que los actos médicos están fuertemente determinados por valores y actitudes éticos no siempre fáciles de consensuar. Todas estas tensiones requieren de quienes están involucrados en la práctica médica, sean agentes sanitarios o pacientes, una mayor capacidad de análisis para considerar factores incidentes desde diversos ámbitos. Ello implica un renovado cuestionamiento del paradigma de acción médica, una reflexión sostenida sobre lo que significa el hombre enfermable, el paciente, el agente terapéutico. La respuesta generalizada a este desafío, también en nuestro país, ha sido el intento, aún embrionario, de ampliar e intensificar la formación humanista del médico. Más que el humanismo difuso de antaño, los modernos currículos incluyen asignaturas como bioética, antropología médica, sociología médica, historia de la medicina y, con creciente ímpetu, la literatura ficcional como ejercicio para entender la narrativa que subyace al discurso del paciente, a la evolución de la enfermedad y a las diversas formas de práctica médica desarrolladas a través del tiempo.

REFERENCIAS

- Buetow, S. & Kenealy, T. Evidence-based medicine: the need for a new definition. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2000, 6: 85-92.
- Geymonat, L. *El pensamiento científico*. Buenos Aires, EUDEBA, 1961.
- Goldstein, K. *The Organism*. New York, Zone Books, 1995.
- Gorovitz, S. & MacIntyre, A. Towards a Theory of Medical Fallibility. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1976, 1: 51-71.
- Hastings Center. The Goals of Medicine. *Hastings Center Report* 1996, 6: Special Supplement.
- Hucklenbroich, P. Steps towards a Theory of Medical Practice. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998, 19: 215-228, 1998.
- Mori, M. The Twilight of "Medicine" and the Dawn of "Health Care": Reflections on Bioethics at the Turn of the Millennium. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2000, 25: 723-744, pp. 731.
- Munson, R. Why Medicine cannot be a Science. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1981, 6: 183-208.
- Nahm, F.K.D. Neurology, Technology, and the Diagnostic Imperative. *Perspectives in Medicine & Biology* 2001, 44: 99-107.
- Parens, E. The Goodness of Fragility: On the Prospect of Genetic Technologies Aimed at the Enhancement of Human Capacities. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1995, 5: 141-153.
- Plato. *The Republic*. Harmondsworth, Penguin Classics, 1980, p. 169 (406ª según paginación de Stephanus).
- Sadeg Zadeh, K. Foundations of Clinical Praxiology. Part. I: The Relativity of Medical Diagnosis. *Metamedicine* 1982, 2: 183-196.
- Sanhueza, G. A modo de epistemología: ¿Cómo conocemos en medicina? *Cuad. Méd. Soc.* 2000, XLI (1-2): 13-18.
- Ten Have, H. Re-Evaluating Professional Autonomy in Health Care. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2000, 21: 503-513.
- Wieland, W. *Diagnose*. Berlin/New York, Walter de Gruyter, 1975.
- Wildes, K. Wm. The Crisis of Medicine: Philosophy and the Social Construction of Medicine. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2001, 11: 71-86.