

Reflexiones sobre el progreso en medicina

B.-M. Dupont

El análisis de las bases de la medicina occidental muestra que ésta responde a dos exigencias, a veces contradictorias: la objetividad científica rigurosa (el conocimiento) y la dimensión subjetiva de la relación con el paciente, que es imposible olvidar. Ello supone que la enseñanza de la medicina incluye dos aspectos: la formación del espíritu crítico (formación metodológica) y la sensibilización a la ética (formación de la responsabilidad) que tiene que caracterizar la relación terapéutica. Toda reflexión sobre el progreso de la medicina tiene que tener en cuenta el contexto particular que envuelve al paciente en un espacio de conocimiento y de asistencia, a la vez colectivo (¿cada vez más?) y homogéneo (¿cada vez menos?) y la aparente contradicción entre la necesidad de un conocimiento objetivo y la de la individualización de la atención, que es una obligación absoluta. Ante todo, dicha reflexión concierne a la idea misma de progreso en este campo. El punto de partida es una manera renovada de considerar la finalidad de toda asistencia médica: ¿qué es asistir? Si no se está atento, se puede tropezar con tres escollos: la amenaza de reducir todo a la biología, el encuadre jurídico y la intimidación económica.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Ética; Norma; Medida; Judicial

Plan

■ Introducción	1
■ Modelo hipocrático	2
■ Amenaza biológica	5
■ Marco jurídico	5
■ Intimidación económica	5
■ Conclusión	6

■ Introducción

Un estudio profundizado de la historia de la medicina occidental nos enseña que desde sus orígenes es una indagación en el plano del conocimiento indisociable de la voluntad de una buena práctica (lo cual funda su epistemología). Su punto de partida histórico y geográfico es Hipócrates de Cos (aproximadamente 460-377 a. C.), que establece la idea de un coloquio singular médico-paciente (base de la ética) con una obligación, la de no dañar la salud y la vida del paciente (base de la deontología) y un horizonte: el de la curación, como objetivo que lograr pero no como obligación (lo cual constituye la justificación de la búsqueda de una objetividad científica cada vez mayor).

Como corolario, la enseñanza debe transmitir competencias (su vocación principal) pero al mismo tiempo constituir un polo de referencia en el marco de la necesaria actualización permanente de los conocimientos del médico. La enseñanza tiene que estar a servicio de una causa, mejorar la salud del enfermo (la nobleza de su misión), en el marco de una relación interpersonal (su dificultad y su límite), según los principios del juramento de Hipócrates, que pone el acento en la prevención.

La medicina occidental, a diferencia de muchas otras ciencias, busca desde su origen los conocimientos que permitan corregir, reparar o curar al enfermo. Incluso en sus aspectos más teóricos y académicos, es una ciencia inmediatamente aplicada al sufrimiento humano. Por consiguiente, su epistemología nos permite comprender que está regida por dos exigencias que pueden ser contradictorias: la de una objetividad científica rigurosa (el conocimiento) y la imposibilidad de olvidar la dimensión subjetiva de la relación terapéutica (relación entre el que asiste y el asistido, relación entre las diversas personas que intervienen en la asistencia al paciente, así como entre los diversos actores del mundo de la salud, cuyos intereses a veces divergen).

Hipócrates de Cos fue tal vez el primero que lo comprendió, puesto que definió el punto de partida de toda relación terapéutica en el secreto del coloquio singular médico-enfermo, enunciando así, al mismo tiempo, las presuposiciones fundamentalmente éticas de toda relación de asistencia a un paciente.

Dado que la medicina es la ciencia de la persona que sufre, que está pensada en el marco de ese coloquio singular, ético, entre dos personas, el médico se compromete, como mínimo, a no dañar la salud del paciente que se confía a él y que le tiene confianza. Es el *primum non nocere*, regla de base de la deontología médica. En su voluntad de ser una ciencia de la persona enferma, la medicina tiene que buscar una objetividad cada vez mayor, lo cual también es un imperativo ético, el de la actitud crítica, necesaria y permanente, que el médico debe tener hacia toda información médica o científica.

La enseñanza universitaria, tanto inicial como en tanto que formación continua, tiene que constituir el lugar por excelencia de la formación del espíritu crítico (formación metodológica) y de la sensibilización a la ética (formación de la responsabilidad). Además, eso coincide con el juramento de Hipócrates, que establece, respecto a la salud, la regla del filósofo griego, según

hay que considerar siempre tres cosas: el paciente, el médico y la enfermedad. Durante siglos se olvidó por completo el imperativo hipocrático: la busca de la salud se reducía a un diálogo aleatorio entre el paciente y el médico, rodeado de misterio y que consistía más bien en la dirección de conciencia que en una verdadera atención al cuerpo. La objetividad de la medicina (comprensión de la enfermedad) pasaba a segundo plano. La Revolución francesa cambió profundamente las mentalidades y las estructuras médicas, en continuidad con el espíritu de la Ilustración, una utopía según la cual era posible un mundo fundado en la razón y el conocimiento. Foucault demostró perfectamente [1], en *Nacimiento de la clínica*, que la aparición del hospital en tanto que lugar privilegiado de atención médica se debe en gran parte a la Revolución francesa. El libro, que intenta ser «el ensayo de un método en la historia de las ideas», trata de un siglo de medicina, el más decisivo desde ese punto de vista, que va de 1760 a 1860. Foucault se propuso identificar el momento de la historia en que la medicina se separa de la metafísica, lo que según él posibilita la verdadera experiencia clínica: «Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, era necesaria una reorganización profunda del campo hospitalario, una nueva definición del lugar del enfermo en la sociedad y la instauración de un cierto tipo de relación entre la asistencia y la experiencia, entre el socorro y el saber; fue necesario envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo».

En toda reflexión sobre el progreso en medicina hay que tener en cuenta el contexto particular que envuelve al enfermo en un espacio colectivo (¿cada vez más?) y homogéneo (¿cada vez menos?) y la contradicción aparente entre la necesidad de un conocimiento objetivo y de una individualización de la atención, que es una obligación absoluta.

Ante todo hay que cuestionar la idea misma de progreso. Se impone un comentario: sea cual sea el campo de actividad humana, la idea de progreso siempre es sinónima (desde luego, en grados diversos) de mejora, adelanto, perfeccionamiento. El progreso parece asociado a la idea de proceso, es decir, de movimiento. Todo ocurre como si el progreso fuera sólo el resultado de la trayectoria de una historia orientada hacia un después (el porvenir) que es mejor que el antes (el presente de nuestros conocimientos o de nuestra vida). El progreso en medicina no escapa a esa regla: agregaría algo mejor, más bienestar o mejor cuidado. Por tanto, pensar el progreso es pensar el movimiento, invitar a la comparación. Por eso, lo que hay que analizar no es tanto el progreso como la idea de mejor (o peor), según un método que se parece de alguna manera al de la filósofa Weil (1909-0943) que procedía, para las ciencias, por analogías sucesivas.

Por consiguiente, el avance de la medicina seguiría los pasos de los descubrimientos. Ahora bien, hoy día se considera que un descubrimiento representa un avance, un progreso, cuando aumenta de manera significativa (o, de forma más precisa, estadísticamente significativa) la calidad de vida o la supervivencia de un grupo de individuos considerado en su conjunto. El enfoque estadístico del progreso, que capta rápidamente las grandes epidemias y su retroceso como resultado del aumento de los conocimientos en medicina, impone el hecho colectivo como el único que de verdad importa. Cabe preguntarse si un progreso individual constituye también un progreso. Si el progreso en medicina pasa por un análisis de grandes muestras, ¿no pone en cuestión la idea misma de progreso la filosofía de la asistencia, que desde Hipócrates se basa en el encuentro, el coloquio singular entre el enfermo y el médico? Para responder es indispensable un análisis profundizado del razonamiento médico contemporáneo (análisis epistemológico).

■ Modelo hipocrático

En su célebre tratado, *De las epidemias*. Hipócrates nos advierte que, en lo que respecta a la salud, siempre hay que considerar tres cosas: el médico, el enfermo y la enfermedad. Esta regla anima (en el sentido fuerte), desde la Antigüedad griega hasta nuestros días, las relaciones entre los tres vértices

del triángulo de la salud; establece las condiciones de posibilidad de todo encuentro terapéutico a partir de la regla de inclusión, fundamento de la relación entre el paciente (el que viene a expresar subjetivamente su queja) y el médico (que la transforma en un discurso objetivo). Sin el encuentro entre los tres actores no es posible ninguna medicina, ninguna asistencia.

El médico observa de manera minuciosa y describe todo lo que sus cinco sentidos le pueden revelar. El menor signo puede ser importante en la elaboración del diagnóstico; a menudo, lo que permite hacerse una idea precisa de lo que altera la salud del paciente es una adición de signos. La importancia de la descripción impone un encuentro directo, sin artificios, con el paciente: hay que tocarle, palparle y, elemento esencial, hay que escucharle.

La voluntad del médico de un arraigo racional de su práctica se acompaña de una reflexión sobre su propia actividad y sobre su esencia: ¿cómo hacer de ella un arte (*techné*)? Inventando reglas metodológicas simples pero rigurosas, Hipócrates y sus discípulos se dedican a buscar las causas de la aparición y/o de la desaparición de la enfermedad. Su terapéutica se basa en la alopatía o cura por los contrarios.

El objetivo de la medicina hipocrática es, como máximo, ser útil al enfermo y, como mínimo, no dañarlo. Para eso, el futuro médico recibirá desde la infancia una educación sólida, que comienza por una reflexión moral sobre la esencia de su futura actividad. Tiene que aprender la abnegación («El médico, ante la desdicha del otro, cosecha para sí mismo las penas») y el rechazo de una falsa gloria obtenida mediante técnicas inútilmente espectaculares. Al contrario: tiene que mantener una actitud decente y buscar la colaboración del enfermo y en lo posible su satisfacción (*medicus gratus*). La regla de los tres componentes básicos (el médico, el enfermo y la enfermedad) resume todo el pensamiento médico de los discípulos y sucesores del maestro de Cos. Considera dichos componentes como participantes de igual valor. Cada naturaleza humana es un mundo que hay que comprender, ayudar, aunque reconociendo que siempre es ella, al final, quien decide. Esta filosofía es una escuela de vida, una escuela de humildad. Hay preocuparse por saber más, cada vez más, cada vez mejor, gracias a reglas metodológicas, pero admitiendo el curso ineluctable de la vida que hay que acompañar más que modificar.

Como la naturaleza de cada persona es única, conviene respetar la palabra del enfermo y la del médico, la autonomía de cada uno de ellos, dándoles igual valor. No es posible observar con atención al que sufre sin estar a la escucha (en el sentido fuerte) de su vida, sus problemas y sus angustias. El médico y el paciente son dos individuos, dos subjetividades inscritas en la historia y el tiempo. La relación terapéutica se elabora día tras día, con la incertidumbre de un futuro que puede decepcionar. La exploración física, es decir, la que se practica directamente a la cabecera del paciente, revela algunas cosas pero no todo. El arte del médico es un juego sutil entre lo interno y lo externo, entre lo que ocurre en el interior de cada individuo y su manifestación exterior. Allí se encuentra la esencia misma de la medicina: intentar revelar lo que está escondido, hacer que se exteriorice lo que está dentro.

En dicho juego de roles, la enfermedad ocupa un lugar equivalente al de los otros dos actores. La naturaleza nos transmite un mensaje codificado, los síntomas que el paciente sabrá decir y que el médico sabrá interpretar como signos de enfermedad. La enfermedad busca expresarse, el enfermo se hace su eco y el médico quiere traducir dicha queja en los términos de sus conocimientos. La traducción es la hipótesis diagnóstica.

Según este modelo de razonamiento, la relación de asistencia es la resultante de un proceso a menudo incierto, que procede al principio por eliminaciones sucesivas («No sé lo que usted tiene, pero pienso que no es tal cosa»), inscrito en la duración, dato esencial. Cuando el médico formula su hipótesis, tras una exploración física rigurosa, luego tiene que tratar de confirmarla o invalidarla recurriendo a una serie de pruebas complementarias que se justifican en tanto que ilustración de la hipótesis. Una vez conocidos los resultados, el médico tiene que retornar a la persona que lo ha consultado y emprender la relación de

atención sobre la base de una verdadera colaboración. Es el modelo hipotético-deductivo, el modelo griego, el de la gran tradición clínica.

La relación de asistencia hipocrática es un vals en tres tiempos: el del encuentro que permite plantear la hipótesis, el de la verificación de la hipótesis y, por último, el de la vuelta al paciente, que permite emprender la relación de asistencia. Se impone un cambio de ritmo delicado cuando, para acceder al conocimiento, previo a la relación de asistencia, hay que comparar lo que dice el paciente (que siempre es único) con datos o conocimientos similares. En otras palabras, hay un vuelco en el momento en que el coloquio singular busca inscribirse en una cadena de casos similares. De lo uno a lo múltiple, de lo singular a lo plural, allí reside la dificultad de la medicina y el nudo mismo de la idea de progreso. El análisis de un progreso en medicina confronta lo único (el paciente que sufre y al que atendemos, ese paciente y no otro) y lo múltiple (lo colectivo, por ejemplo, todos los pacientes que sufren de la misma enfermedad).

Durante siglos fue difícil recoger datos colectivos y objetivos. La organización de salas comunes en el hospital, en el momento de la Revolución francesa, la hizo posible, cambio que Foucault analiza en *Naissance de la clinique*. Pero antes de ser un arte, una ciencia o incluso simplemente un saber, la medicina constituye ante todo una relación entre dos personas, el que asiste y el asistido. La medicina existe sólo encarnada en una persona que sufre y otra que quiere aliviar su sufrimiento. En su origen, la medicina es un diálogo, una reciprocidad que sólo se puede establecer en el coloquio singular de la relación médico-paciente. Ahora bien, tal como afirma otro filósofo médico, Canguilhem: «Lo singular se percibe únicamente porque es diferente de todo lo demás, lo singular es solo porque está separado. Es el concepto de un ser sin concepto, que al no ser más que él mismo impide otra atribución a él mismo que él mismo [...] inclasificable, puesto que único en su género.» [2].

Separado. Lo singular siempre está separado. Por definición, por esencia, lo cual significa que el coloquio singular sólo puede ser individual, cada vez hay que recomenzarlo y cada vez es inclasificable puesto que es una relación entre dos personas absolutamente singulares. ¿Cómo es posible, en esas condiciones, que se construya un saber médico? ¿Es posible esa construcción?

Para saber, hay que poder comparar, reconocer, detectar. Hay que poder identificar, nombrar: la medicina requiere una semiología y una nosología. Para curar, hay que poder clasificar los síntomas, las enfermedades, hacen falta normas, clasificaciones múltiples, cuadros. En una palabra, hay que poder generalizar las observaciones y las descripciones, hay que tener el objetivo de universalizar lo que se observa, el paso de lo uno a lo múltiple. El filósofo y médico Dagognet analizó las exigencias y los límites de esa tentativa: la medicina tiene que ser y no puede ser sino una disciplina exegética y cuantificadora.

El coloquio singular médico-enfermo constituye el prólogo, la apertura de la relación de asistencia, del proceso terapéutico: relación irremplazable, desde luego necesaria, pero con frecuencia insuficiente, no un fin en sí mismo, pues no reconstituye, evidentemente, toda la vivencia del enfermo y de su enfermedad. Para establecer el itinerario de una enfermedad, para hacer su genealogía, también son necesarios datos objetivos, interpretables y, por consiguiente, generalizables. Es necesario un diálogo y conocimientos expresados en un lenguaje capaz de superar las singularidades. En medicina, como en cualquier campo, hace falta una «lenguaje que trascienda las particularidades y permita llegar a un acuerdo entre las mentes» [3]. El lenguaje médico capaz de superar las singularidades sin negarlas, existe: se llama la medida.

Medir es transformar la calidad (vaga, incierta) en cantidad o también expresar la realidad en un lenguaje universal, bien codificado [3]. La medida permite crear tablas, clasificar, comparar, establecer una nosología. No es posible interpretar los signos, los síntomas, sin basarse en un referente que sea universal o se pueda universalizar; de lo contrario, se corre el riesgo de que todo sea casuístico y, por tanto, arbitrario. A la inversa, toda clasificación se interpreta en función de un

individuo particular, de dos singularidades que se expresan y se comprenden en un coloquio singular. Así concebida, la medicina es una dialéctica de la tensión singular-universal. Ésa es su fuerza pero también su fragilidad.

Es su fuerza cuando la relación entre lo único y lo múltiple no es una relación de fuerza, cuando lo único no desaparece en provecho de lo numeroso, cuando lo singular no prima sobre la comunidad, sobre el todo.

Es su fragilidad cuando la dialéctica se rompe o amenaza con romperse. Cuando, por ejemplo, la clasificación predomina, cuando lo universal parece ignorar lo singular, cuando lo supraindividual pretende vencer lo individual. Ahora bien, justamente el modelo hipocrático de la relación de asistencia, el que atravesó los siglos y dio su forma a nuestra medicina, se encuentra hoy día cada vez más amenazado por otro modelo, el que pretende que el conocimiento de las grandes cantidades es el punto de partida de la relación de asistencia. En eso consiste precisamente la medicina basada en la evidencia (MBE).

La medicina contemporánea cuenta y mide cada día más: es el nacimiento de la medicina científicamente organizada, la de la medida y de la correspondencia. Correspondencia de la cifra (por ejemplo un recuento sanguíneo), aún más de la imagen (una radiografía). La correspondencia es cada vez más virtual: lo digital, la informática y las pruebas de imagen invaden la medicina. La persona enferma se puede ver en tres dimensiones, se le puede leer su porvenir (al menos en parte), el médico puede atenderle a distancia en tiempo real, el cirujano puede operar sin tocar directamente al paciente. La medicina ha entrado en la era de la correspondencia por imágenes. Es sin duda un progreso, pero también un gran peligro: el de ver lo individual reemplazado por lo supraindividual, la interpretación del «me duele» por las cifras, el espíritu por la letra.

La correspondencia instituye normas, cada vez más promedios. Mantiene y alimenta las comparaciones y, por deslices progresivos, acabamos, incluso de manera involuntaria, por hacerle decir lo normal y lo patológico. Pero ¿es posible deducir de manera lineal lo patológico de lo normal, es decir, considerar el promedio como una norma? En su libro *Le normal et le pathologique*, Canguilhem escribe que «la definición de la enfermedad requiere como punto de partida la noción de ser individual» [4]. ¿Siguiendo siendo de actualidad esa afirmación? Era válida con Hipócrates, y hasta la Revolución francesa. Pero la cuestión se plantea para la época actual y aún más para el futuro.

La relación actual médico-paciente (al menos la que practican algunos) está caracterizada por una auténtica ambigüedad: la queja del paciente siempre es única, pero la respuesta del médico parece dictada más bien por promedios, por normas obtenidas mediante la adición de casos similares. ¿El enfermo es sólo un caso? Lo es cuando un médico hospitalario afirma: «Dentro de diez años, ésa será la única manera de proceder; es un procedimiento racional y también un ajuste al nivel más elevado: el enfermo común será atendido de la misma manera que si lo atendiera uno de los quince grandes especialistas europeos o estadounidenses, puesto que su médico de cabecera se va inspirar en las conferencias de consenso que ellos habrán redactado.» [5].

Las conferencias de consenso constituyen tentativas de universalización de los conocimientos médicos, con el objeto de asistir cada vez mejor. El problema es si esa búsqueda de lo universal, ese deseo de absoluto en medicina, sigue siendo compatible con el ideal médico que nos guía desde Hipócrates, el de un acompañamiento individual e individualizado de cada paciente.

En el libro *Le normal et le pathologique*, de 1943, Canguilhem ya anticipaba el cambio completo de paradigma y los desafíos que él representa: ¿el paciente es un individuo común? En ese caso, ¿cuál es su lugar en su enfermedad? ¿El enfermo seguirá siendo útil? Universalizar el conocimiento médico ¿no equivale a hacer de la medicina una ciencia exacta, una ciencia del objeto humano? En ese caso, habría modelos del ser humano normal y el objetivo de la medicina sería reestablecerlos, restituirlos o reproducirlos.

¿En qué se basa ese cambio de modo de razonamiento en medicina? Al parecer, en la idea de que sería posible hacer «visible lo invisible» para retomar un concepto de Foucault [6], que habría un privilegio de la visión en la constitución contemporánea del saber médico. Ver, saber [7], ver para saber, pues finalmente de eso se trata: eliminar el individuo para no ver más que la objetividad de la enfermedad; no habría saber médico sin objetivación de la enfermedad y del enfermo. Por otra parte, nadie niega hoy día la importancia de la gran tríada visual que constituyen la tomografía computarizada (TC) (rayos X), la ecografía (ultrasonidos) y la resonancia magnética (RM) (campos magnéticos).

¿Cómo funciona, por ejemplo la RM? Se basa en la detección de la imantación de los átomos de hidrógeno, numerosos en el cuerpo humano (en forma de agua e hidratos de carbono). Se coloca al paciente en un campo magnético intenso que provoca el alineamiento de los imanes de hidrógeno. Los átomos de hidrógeno vibran por efecto de un impulso electromagnético y se mide el tiempo de retorno al equilibrio: éste caracteriza los tejidos del organismo sometidos a dicha exploración. Mediante captadores orientados en todas las dimensiones del espacio, se puede de ese modo reconstruir, representar los órganos en tres dimensiones. Luego basta con que el ordenador digitalice la intensidad de la señal de resonancia para obtener imágenes muy precisas del órgano explorado. Por consiguiente, ver para saber.

La novedad de la idea reside en su expansión reciente, pero, tal como sostiene Foucault en *Naissance de la clinique*, ya al final del siglo XIX el microscopio tiene una gran importancia en la constitución de los conocimientos médicos. El microscopio permitió el desarrollo de la anatomía patológica, la que aceleró la transformación de la medicina en una biología amplia y compleja. Es igualmente lo que constata Dagognet [8]: voluntad de ver para saber todo sobre el ser humano. Ver para expresar la hermosa totalidad de la vida.

La práctica médica no ha cesado desde hace siglos de intentar responder a la pregunta: ¿cómo se decide en medicina? Aunque el proceso de decisión en el amplio campo de la salud está formado tanto de rupturas como de continuidades, ha procedido únicamente, durante mucho tiempo, por integraciones sucesivas de elementos objetivos (los que aporta la observación directa por los sentidos) y subjetivos, relacionados con las experiencias y preferencias personales y colectivas (enseñanza de los maestros).

¿Qué pasa actualmente, en un momento de entusiasmo general por los progresos de las técnicas y las proezas de los investigadores? ¿Ocupa aún un lugar privilegiado la adquisición del saber en el diálogo, cada vez único y renovado, entre el que sufre y el que sabe? ¿Sigue constituyendo lo singular la condición necesaria y previa de la generalización del conocimiento? ¿O bien son otros los paradigmas que predominan?

Rey define un paradigma como «la concepción que domina en una época determinada en una comunidad científica» [9]. Según esta definición, hay que constatar que el desarrollo de la medicina moderna, en los últimos 150 años, se encuentra ritmado por una serie de discontinuidades, por una sucesión de paradigmas:

- el paradigma morfológico: es el que va transformar radicalmente la enseñanza tradicional de la clínica, desde la mitad del siglo XIX. El descubrimiento de los usos posibles del microscopio, primero en Alemania y luego en Francia, fue el origen de una exploración de lo infinitamente pequeño y permitió la emergencia de una nueva especialidad médica, la anatomía patológica u observación directa de los tejidos [8];
- el paradigma químico: los procesos de la vida se expresan como conjuntos moleculares;
- el paradigma cibernético, que fundamenta el ser vivo (normal o patológico) en el control, la regulación y las interacciones. Los tres modelos mencionados forman el paradigma biológico, hoy día dominante e incluso hegemónico, que aspira a constituir un saber objetivo del cuerpo, a partir de una medicina concebida como ciencia exacta;
- el paradigma empírico: a pesar de las pretensiones hegemónicas de la biología, las certidumbres no pueden ser absolutas ni definitivas en medicina. Muchas zonas de oscuridad

parecen subsistir aún respecto del funcionamiento del cuerpo y, según algunos investigadores, nuestros conocimientos se adquieren más bien de manera probabilista, a partir de un uso riguroso de las estadísticas. Es el enfoque del razonamiento médico que lleva a una medicina basada en las pruebas, la MBE. Dicho paradigma se aplica sobre todo en la práctica clínica, en la epidemiología y en la salud pública. También tiende a volverse hegemónico.

¿Son posibles otros paradigmas? La respuesta es positiva si se piensa en el modelo biopsicosocial, holístico, que aspira a considerar a la persona enferma como una totalidad, es decir, una entidad que desde luego es biológica, pero también psicológica y social. Con dicho modelo, la verdad ya no reside únicamente en las ciencias y la decisión médica tiene que integrar la idea misma de incertidumbre, por supuesto reduciéndola al mínimo posible con la ayuda de los paradigmas citados más arriba.

Son posibles otras clasificaciones epistemológicas. Se puede citar, por ejemplo, la de Grenier, que distinguió tres períodos en la medicina contemporánea: 1950-1970 (paradigma de la eficacia), 1970-1990 (paradigma de la calidad individual) y desde 1990 hasta hoy (paradigma de la justificación, en particular en el plano judicial).

En su obra ya citada Foucault muestra a qué corresponde la noción de verdad en la medicina contemporánea: es una verdad- adecuación que se basa en una correlación lo más completa posible entre lo visible y lo enunciable. La afirmación de la verdad-adequación constituye el fundamento, el cimiento del paradigma biológico. El autor, que no era médico, anunció con varias décadas de adelanto la transformación actual de la medicina: intenta volverse una ciencia exacta, una ciencia de lo que se puede enunciar.

Hoy día la medicina quiere ser una ciencia cada vez más exacta del cuerpo humano, del cuerpo vegetativo, apreciado, juzgado, sellado, condenado o salvado por la medida y la estadística. Lo prueba el hecho de que las conferencias de consenso, la globalización de los conocimientos por Internet, reemplazan progresivamente la relación tradicional médico-paciente, los coloquios singulares que Canguilhem tanto defendía. Lo singular se borra ante lo universal. Tal enfoque de la medicina no está desprovisto de peligros: el que no corresponde a la norma, es un marginal.

Recordemos el personaje de *Elephant Man*, que quería vivir como todo el mundo y cuya vida miserable fue un combate contra las burlas, en las calles despiadadas de la feria de vanidades [10]. Era un marginal, anormal para la medicina y los médicos, muerto por haber querido durante toda su vida, patética y sin esperanzas, ser «como los demás». Nuestra sociedad occidental es la de medicalización a ultranza de la vida. Desde el nacimiento hasta la muerte, todo pasa por los conocimientos y la experiencia del médico. Ni siquiera escapa lo que precede a la vida, puesto que hoy día es posible reemplazar el acto sexual de procreación por una manipulación in vitro. Así mismo, en el otro extremo de la existencia, la genética nos enseña que es posible hacer hablar a los cadáveres siglos después de la muerte de la persona. Vertiginoso poder de los profesionales de blanco, que pretender decir la verdad biológica y someter toda la vida de la sociedad al paradigma dominante, hegemónico.

Actualmente, en la medicina como en todo, el culto al resultado ha reemplazado al del acompañamiento. Por eso, toda reflexión sobre el progreso en medicina tiene que interrogarse sobre el culto a la eficacia, que lleva a tres constataciones: la de la objetivación acelerada del individuo que sufre, la del terrorismo de la norma y la de la desaparición de las fronteras entre la vida y la muerte. En este sentido, en nombre de la eficacia terapéutica, que es real y de la que todos nos beneficiamos a diario, la medicina se construye una filosofía que se basa en el fraccionamiento del individuo en enfermedades y órganos enfermos. Se corta al individuo en rodajas, con la ilusión de que el todo de una vida, en su complejidad y su misterio, resulta de la simple adición de las partes.

Explorando biológicamente el cuerpo, yendo a su conquista para hacerlo transparente al conocimiento, la medicina, que se

ha vuelto biológica, matemática, no cesa de identificar marcadores, curvas de Gauss, promedios, normas. Pone todo en cifras y medidas, afirmando al mismo tiempo lo normal y lo anómalo, que con demasiada frecuencia y demasiado rápido se asimila a lo patológico. El problema no es tanto lo anómalo como tal, sino el deslizamiento de lo anómalo hacia lo inaceptable, lo que hay que combatir por todos los medios. ¿Cómo mantener el carácter único de la relación de asistencia con una lectura tan normativa del cuerpo humano? ¿Será aún posible en el futuro esa relación? ¿Quién va a vencer, el individuo singular que somos todos o el individuo común que también somos?

Con el desarrollo de la reanimación médica en el último siglo, con los progresos de la genética, se esfuma la frontera entre la vida y la muerte, entre el comienzo de la vida (que se puede reproducir en un tubo de ensayo, sin acto sexual natural) y el fin de la vida, cuyo límite ya no se sabe determinar claramente. La objetivación de los individuos, la multiplicación de las normas y la desaparición de las fronteras entre la vida y la muerte hacen difícil una lectura existencial del sufrimiento, relegan la palabra del paciente a una anomalía, por no decir una obscenidad. En esas condiciones, ¿qué significa la idea de progreso en medicina? Tal vez la pregunta esté mal planteada: ¿quiénes somos para emitir juicios acerca de la evolución espectacular de la medicina? Es posible que el médico, transformado en ingeniero del cuerpo humano, se encuentre satisfecho, si su objetivo es la eficacia y si no hay obstáculos a su margen de maniobra. El paciente no tendrá nada que reprocharle, en la medida en que se escucha su palabra, en un mundo médico en el cual la imagen cuenta más que la palabra.

El progreso en medicina tiene que preguntarse, a partir de una reflexión innovadora a la que hay que atreverse, sobre la finalidad de la atención médica: ¿qué es atender? ¿Se trata de acompañar, intentar aliviar, responder al «me duele», individualizando cada respuesta, sea cual sea el precio humano o el coste económico? ¿O bien es querer curar, curar la enfermedad más que a la persona que sufre?

Si no se está muy atento, nos acecha un triple escollo normativo: biológico, jurídico y económico.

■ Amenaza biológica

Pensar en la persona que sufre en términos de constantes biológicas es correr el riesgo de malograrse completamente el encuentro médico-paciente, reduciéndolo a una serie de medidas o cálculos generalizables. La norma evita dudar, mientras que la observación clínica del paciente puede desestabilizar e incluso angustiar. La norma biológica aporta a quien la utiliza datos por cierto muy útiles (lo que nadie contradice) pero sólo responde de manera parcial a la pregunta planteada por el «me duele». La norma y su interpretación son inmediatas, mientras que una relación completa de asistencia se construye con el tiempo. La norma biológica estandariza, mientras que la atención es individual. Pero, sobre todo, la biología se vuelve una amenaza cuando, en forma de recomendaciones, guías de buena práctica y conferencias de consenso, obliga al candidato a la enfermedad a demostrar su propia culpabilidad. Y si el paciente no puede probar por la biología lo que afirma, peor para él. Cuando en la medicina ver es saber, inversamente la ausencia de prueba se vuelve prueba de ausencia. Como Santo Tomás, la medicina transformada en biología sólo cree lo que ve y sólo oye lo que toca.

■ Marco jurídico

Nadie ignora que hoy día la actividad de asistencia constituye una actividad dirigida. Tanto si se trata de dar nuevos derechos a los pacientes como de defender a los propios médicos, corregir las desviaciones o prevenirlas, la norma jurídica se interpone insidiosamente entre el paciente y el médico. La norma quiere ser legítima (Código Civil, Código Penal), profesional (códigos de salud pública), deontológico (códigos de deontología médica) e incluso ética (leyes de bioética regularmente revisadas). A veces cede a presiones (convención del paciente hospitalizado)

o a grupos cuyo rigor intelectual ya ha fallado o es discutible (MBE). Se vuelve un asunto de expertos y de pericia. Hace del miembro del personal dirigente de salud un jefe de personal y un administrador de empresa; permite a la sociedad tener un derecho de control para exigir una uniformidad.

¿Debe dirigirse de este modo la medicina, es decir, la asistencia? Desde luego, hay que combatir las desviaciones y mejorar las prácticas, pero se puede imaginar un espacio de libertad responsable que no consistiría en el respeto de reglamentos. La relación de asistencia como un coloquio singular es una relación de confianza que no conviene transformar completamente en un contrato. No es una relación comercial como cualquier otra, rara vez entrega un producto manufacturado terminado y sin defectos.

■ Intimidación económica

Aunque la salud cuesta cara a la colectividad (y la obliga cada vez más a opciones difíciles y dolorosas), los gastos tienen que conservar una base ética. Querer dominar los gastos de salud sólo tiene sentido a partir de una preocupación ética, la de querer lo mejor para el máximo de enfermos, que es el verdadero significado del progreso. Pero hay que reconocer la evidencia: la actividad de asistencia, sea en el consultorio o en el hospital, dependa del Estado o sea privada, exige hoy día un «nuevo gobierno hospitalario». Se traduce en la necesidad de reorganizar servicios, está motivada por la búsqueda de eficacia, la mejora incesante de las técnicas y tecnologías médicas, el aumento de la esperanza de vida (que termina por hacer de la vejez una enfermedad), las personas que pierden su autonomía y muchos otros cambios que obligan a replantear profundamente nuestras prácticas.

En Francia, los hospitales están regidos desde el 2007 por un plan que tiende a responder a tres exigencias: responsabilizar al personal que trabaja directa o indirectamente para mejorar la salud de la población (responsabilidad que supera el marco estrictamente profesional y deontológico), dar a los establecimientos una mayor autonomía de decisión y financiera y mejorar y dar una forma de contrato al funcionamiento de los diversos actores de la salud. Desde luego, no es ilógico mejorar la eficacia (¿con qué criterios?) pero las tres exigencias mencionadas hacen entrar claramente la economía en el centro de la relación de asistencia. Es un dato nuevo, esencial, con consecuencias que aún no se miden bien porque no siempre se las percibe, pero que al final podría suscitar (si no suscita ya) cuestiones éticas muy importantes. Además, pone en cuestión la idea de progreso, que deja de concebirse como una ganancia para la salud del individuo para definirse como una ganancia financiera sin más.

Según dicho plan, la organización de las unidades médicas, de los servicios, trastorna completamente la institución hospitalaria, que no se basa en una lógica médica (que a veces no parece en absoluto evidente) sino en una nueva exigencia, el imperativo económico. No es seguro que la verdadera ética, la que dicta que asumamos el sufrimiento de todo paciente que se confía a nosotros, salga enaltecida. Al quedar libres de elaborar y organizar su actividad, los hospitales podrían tener la tentación de un enfoque por órganos y, más exactamente, por «órganos rentables».

La búsqueda de rentabilidad lleva, entre otras cosas, en Francia, a financiar los centros de salud basándose en una tarifa por intervención, cuyo objetivo es responsabilizar (¿con qué criterios?) a los profesionales de la salud y, sobre todo, traduce el deseo de replantear de una manera diferente la distribución de subvenciones, idea estadounidense cuyos efectos devastadores y perversos son bien conocidos.

La tarifa por intervención quiere ser un modo de financiamiento original, puesto que se trata de establecer un marco simplificado y único de facturación-pago de las actividades hospitalarias de los establecimientos de salud (públicos o privados). Se les atribuye recursos con base en un cálculo directo según el tipo y el volumen de las actividades. La lógica de los resultados, inquietante desde el punto de vista ético y discutible desde el punto de vista de los conocimientos médicos,

predomina sobre la lógica de los medios. Finalmente, se ve que los ingresos condicionan los gastos y no lo contrario. Es verdad que los centros de salud tienen auténticas dificultades al enfrentarse con una inflación galopante de sus gastos, obligados a responder a nuevos desafíos cada vez más costosos. Sin embargo, la voluntad de hacer que los profesionales de salud asuman sus responsabilidades ha dejado de ser deontológica para ser puramente económica, pero afirmando el progreso, como una coartada, sin poder demostrarlo.

■ Conclusión

Frente a esas transformaciones radicales, elegidas u obligadas, la idea de progreso en medicina vacila y la conmoción es paradójica: la esperanza de vida aumenta, las grandes epidemias están mejor controladas, el estado de salud de la población en general mejora mucho. Descubrimos, tratamos, curamos cada vez más y mejor. En ese sentido se puede decir que, en tanto que ciencia, la medicina progresa. El problema es que, aunque la salud progresa globalmente desde el punto de vista estadístico, la percepción que cada uno tiene de ella es individual. El problema se plantea a nivel individual, pues la medicina, antes de ser una ciencia dura (si, por otra parte, algún día lo es), es una ciencia de la persona que sufre, es decir, de la persona que espera.

Por consiguiente, Hipócrates no ha perdido vigencia cuando afirmaba el valor absoluto del encuentro inaugural entre el médico y el paciente, alrededor de la frase «me duele». Es la primera palabra que condiciona la entrada en medicina y, así, la entrada en la ética de la asistencia. Todo comienza y todo termina en ese paciente; hay que leer el progreso de la medicina

en el grado de alivio de la persona en espera. A partir de una nueva articulación entre lo uno y lo múltiple, lo individual y lo colectivo, es necesario inventar una nueva clínica médica, a la vez semiológica y epidemiológica. La idea de progreso, como se ha dicho en la introducción, es indisoluble de la de proceso, de avance, de mejora. ¿Qué vale una mejora si la primera en vivirla no es la persona que pide ayuda? Tal avance sería sólo una nueva esclavitud, uno más, que anuncia la tiranía del progreso. Recordemos, con Valéry^[11] y estemos en alerta: «El hombre moderno es esclavo de la modernidad: no hay ningún progreso que no se transforme en su servidumbre más completa».

■ Bibliografía

- [1] Foucault M. *Naissance de la clinique* (1963). Paris: PUF; 1994.
- [2] Canguilhem G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin; 1968 (344p).
- [3] Dagognet F. *Les outils de la réflexion. Épistémologie*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 1999 (46p).
- [4] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF; (121p).
- [5] *Le Monde*, mercredi 23 décembre 1998.
- [6] Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF; 1994 (chap IX: L'invisible visible).
- [7] Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF; 1994 (chap VII).
- [8] Dagognet F. *Pour une philosophie de la maladie. Conversations pour demain*. Paris: Éditions Textuel; 1996.
- [9] Rey A. *Dictionnaire historique de la langue française (Le Robert)*. Paris: Robert Laffont; 1992.
- [10] Howell M, Ford P. *Elephant Man*. Paris: Belfond; 1981.
- [11] Valéry P. (1871-1945). *Regards sur le monde actuel (édition numérique)*. Paris: Librairie Stock, Delamain et Boutelleau; 1931 (216p).

B.-M. Dupont, Professeur, médecin généticien, bioéthicien (contact@medethic.com).

Faculté de médecine et centre hospitalier universitaire de la ville de Québec, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Pavillon Ferdinand Vandry, 1050, avenue de la Médecine, Québec (Québec) G1V 0A6, Canada.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Dupont B.-M. Réflexions sur le progrès en médecine. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 1-0008, 2009.

Disponible en www.em-consulte.com/es



Algoritmos



Ilustraciones complementarias



Videos / Animaciones



Aspectos legales



Información al paciente



Informaciones complementarias



Autoevaluación



Caso clínico