

LOS FINES DE LA MEDICINA

ELS FINS DE LA MEDICINA

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
LOS FINES DE LA MEDICINA - *ELS FINS DE LA MEDICINA*
N.º 11 - (2005)

ISBN 978-84-690-6480-1

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

Traducción al español: A&G Translations
Taducció al català: Traditext Centre Lingüístic

1.ª Edición: 2004 / *1a. Edició*: 2004
2.ª Edición: Mayo 2007 / *2a. Edició*: Maig 2007

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

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Victoria Camps
Presidenta

LOS FINES DE LA MEDICINA

El establecimiento de unas prioridades nuevas

UN PROYECTO INTERNACIONAL DEL HASTINGS CENTER

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

SUMARIO

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

PRÓLOGO

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

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

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

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

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

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

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

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

Daniel Callahan
Director del proyecto
Los fines de la medicina

LOS FINES DE LA MEDICINA:

El establecimiento de unas prioridades nuevas

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

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

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

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

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

LOS DESAFÍOS A LOS FINES TRADICIONALES DE LA MEDICINA

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

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

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

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

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

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

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

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

LOS FOCOS DE TENSIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICINA Y SOCIEDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DETERMINACIÓN DE LOS FINES DE LA MEDICINA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS PRÁCTICOS Y SUS IMPLICACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL FUTURO

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

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

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

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

La medicina del futuro debe aspirar a ser:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCREPANCIAS

Discrepancias del grupo eslovaco

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

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

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

Discrepancias del grupo danés

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

EPÍLOGO

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

RESUMEN

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

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

Los fines de la medicina

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

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

Objetivos prácticos y sus implicaciones

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

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

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

El futuro

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

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

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

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

COORDINADORES DEL GRUPO INTERNACIONAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TÍTULOS PUBLICADOS

Cuadernos de Bioética:

13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundación:

4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Para más información www.fundaciongrifols.org

PRESENTACIÓ

Fa uns deu anys, el prestigiós centre d'investigació en bioètica *The Hastings Center*, de Nova York, va convocar un equip d'estudiosos internacionals amb l'objectiu d'emprendre un ambiciós estudi sobre els fins de la medicina. La hipòtesi de treball que motivava la trobada era poc discutible: el progrés de la ciència mèdica i la biotecnologia i l'augment de les necessitats humanes, units a l'escassetat de recursos per a satisfer-les, havien produït un canvi radical que obligava a pensar de nou si entenem la medicina en els termes justos. La concepció tradicional de la medicina i els fins que se'n deriven responen a uns reptes que no són exactament els nostres. La ciència i la tècnica tenen uns límits que cal anar determinant, a mesura que les circumstàncies en les quals vivim es transformen.

Precisament perquè avui la ciència mèdica és més potent, cal plantejar-se seriosament la pregunta de si ha de fer tot el que tècnicament pot fer, si l'objectiu de recuperar la salut i evitar la mort ja no és massa simple o irreal. Ja que la condició humana és inseparable de la malaltia, el dolor, el sofriment i, finalment, la mort, una pràctica mèdica adequada a l'esmentada condició ha de començar per acceptar la finitud humana i ensenyar o ajudar a viure en aquesta finitud.

Els fins de la medicina, el document que va elaborar el grup d'investigadors de *The Hastings Center* i que ara traduïm al català, és un intent de desmitificar la medicina, a fi que el seu exercici constitueixi efectivament un progrés per a la humanitat. Per a això, caldrà que la medicina es concebi a si mateixa com una activitat que és al servei de tots, la qual cosa implica que ha d'enfrontar-se a decisions complexes i difícils, i moltes vegades tràgiques. La medicina és al servei de tots i no només dels rics ni de les malalties minoritàries. Ha d'estar motivada no pas per l'orgull professional, sinó pel benefici del pacient. Ha de procurar ser fidel a ella mateixa i mantenir-se com a quelcom de viable i sostenible, no deixar-se arrossegar per un desenvolupament tecnològic imparable.

Les societats també han canviat i sol·liciten de la medicina serveis que eren impensables i inaudits fa no pas gaires anys. Però no totes les demandes socials, o dels sectors més poderosos de la societat, s'han d'atendre de la mateixa manera. Cap ciència, i la medicina no n'és cap excepció, s'ha de posar al servei d'uns fins intrínsecament dolents. La medicina no es pot fer servir per a usos moralment inacceptables, com ara la tortura o la pena de mort. Ha d'anar amb compte de no utilitzar els éssers humans per als seus fins propis i sense demanar-ne

el consentiment. Ha de ser cauta pel que fa a il·lusòries millores de la naturalesa humana. Se li ha d'impedir que utilitzi nous coneixements, com els genètics, per a estigmatitzar les persones. I, alhora que cal excloure la utilització de la medicina per a fins incorrectes, ens adonem que d'altres objectius, com ara la planificació familiar o la reducció del dolor i el sofriment, s'han pogut beneficiar de les innovacions mèdiques i tecnològiques. Però les novetats s'introdueixen amb dificultat, i molts dels objectius esmentats són, en aquests moments, part d'un debat social que sembla no tenir aturador. Les diferències culturals, religioses o ideològiques fan que el tractament de la malaltia i les opcions sobre el naixement i la mort no es puguin considerar ni discutir amb neutralitat, sinó des de punts de vista marcats per creences i sentiments molt arrelats i profundament discrepants. El document mateix sobre *Els fins de la medicina* no es va veure lliure, tant durant el procés de discussió com a la redacció final, dels vots particulars d'alguns dels investigadors, que no van poder combregar amb totes les idees que s'hi recollien. Al final del text, s'expressen les opinions d'aquestes veus discordants amb punts concrets de l'informe.

La novetat fonamental del text que traduïm és la d'haver pogut formular unes prioritats noves dins la pràctica de la medicina. Els fins de la medicina, al final del segle XX, han de ser alguna cosa més que la curació de la malaltia i l'allargament de la vida. Han de posar un èmfasi especial en aspectes com la *prevenció* de les malalties o la *pal·liació del dolor i el sofriment*; han de situar al mateix nivell els fets de *curar* i de *tenir cura de*, i també advertir contra la temptació de *prolongar la vida indegudament*.

Si unes fites com les esmentades signifiquen una certa desmitificació de la medicina és perquè exigeixen d'aquesta una certa modèstia. Redefinir la medicina en el sentit proposat passa inevitablement per no tancar els ulls davant els problemes socials, polítics i ètics que comporten un ús inadequat i una concepció equivocada de la medicina en si. A mesura que la capacitat de curació de malalties abans inguaribles es fa més gran, és important que ens convencem que el poder de la medicina no és pas absolut. El seu àmbit propi —es llegeix al text— “és el bé del cos i de la ment, i no el bé integral de la persona, al qual la medicina només hi pot contribuir, i encara, tan sols pel que fa a alguns aspectes de la vida”. Cal corregir la tendència, evident a les societats desenvolupades, a medicalitzar tots els problemes. Com també cal entendre que el debat de la sanitat no s'ha de limitar a un debat sobre els sistemes sanitaris. A més dels aspectes econòmics i polítics —importantíssims, però no pas els únics—, hi ha la pregunta ineludible sobre *els fins de la medicina*. Què cal fer i com cal actuar

perquè la medicina no es traixi a ella mateixa, ja que “una medicina que procura ser alhora honesta, moderada, assequible, sostenible i equitativa ha de reflexionar constantment sobre els seus fins”.

Amb la traducció d'aquest document, la Fundació Víctor Grífols i Lucas vol posar de manifest la qualitat i el valor del seu contingut per als objectius que articulen les activitats de la Fundació, a més d'afavorir-ne la difusió i contribuir que es conegui entre totes les persones que es mouen dins l'òrbita de les anomenades “ciències de la salut”. L'exercici reflexiu sobre les pròpies pràctiques no és precisament un hàbit del nostre temps, caracteritzat pel pragmatisme i la rendibilitat econòmica, però és una condició necessària per a posar el coneixement al servei de la societat i de les persones.

Victòria Camps
Presidenta

ELS FINS DE LA MEDICINA

L'establiment de noves prioritats

UN PROJECTE INTERNACIONAL DEL HASTINGS CENTER

Agraïm al Hastings Center de Nova York l'autorització per traduir i editar el contingut d'aquesta publicació.

ÍNDEX

	<u>Pág.</u>
Els reptes plantejats als fins tradicionals de la medicina	98
Els punts de tensió	101
Medicina i societat	109
La determinació dels fins de la medicina	115
Fins erronis de la medicina i mal ús del coneixement mèdic	128
Els objectius pràctics i les seves implicacions	134
Mirant endavant	149
Discrepàncies	154
Epíleg	155
Resum	156

PRÒLEG

Aquest informe és el resultat d'un projecte que va examinar els fins de la medicina a la llum de les seves possibilitats i dels seus problemes contemporanis. Quin ha estat el lloc de la medicina? Cap a on hauria d'anar ara la medicina? Quines haurien de ser les seves prioritats en el futur? És important plantejar-se aquestes qüestions, encara que siguin difícils. Al llarg de quatre anys, un grup internacional hi va estar treballant i aquest informe és el resultat dels seus esforços. Encara que de cap manera no hi hagi un acord total entre els qui el van elaborar, ni en tots els punts, el que segueix és el resultat d'un consens general. Vam estar debatent fins a definir els temes més importants i per veure si podíem arribar a posar-nos-hi àmpliament d'acord. Cadascun dels catorze països que van prendre part en el projecte va crear el seu grup de treball propi, no solament per examinar els temes i situar-los en un context internacional, sinó per veure què significaven dins el seu mateix context nacional. Els coordinadors de cadascun dels països van aplegar equips multidisciplinaris, en els quals van participar professionals provinents del camp de la medicina, de la biologia, el dret, la filosofia, la teologia, la política sanitària, l'Administració, la política i la salut pública. El *Hastings Center* coordinava els diversos treballs a partir d'una llista general de temes i problemes establerta prèviament, a partir de la qual cada grup va organitzar una agenda de treball pròpia. Els coordinadors de grup es van reunir tres vegades a Praga, per comparar les seves conclusions i per ajudar a preparar aquest informe. Els coordinadors (els noms dels quals apareixen a la sobrecoberta interior) parlen, en cada cas, en nom propi i en nom del seu grup, i no pas en nom dels governs dels seus països ni de cap altra organització.

També vam tenir el suport de funcionaris de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que van posar al nostre abast les seves idees i la seva experiència en els afers referits a la salut internacional. Encara que no podem afirmar que tots els punts de vista possibles, nacionals i internacionals, estiguin reflectits en aquest informe, els catorze països que hi han participat, i els seus respectius grups de treball, són prou diferents entre ells per poder considerar que, molt probablement, hem tractat tots els punts importants en aquest afer. Els països participants van ser: Alemanya, Dinamarca, Espanya, els Estats Units, Hongria, Indonèsia, Itàlia, els Països Baixos, el Regne Unit, la República Eslovaca, la República Txeca, Suècia, Xile i la Xina.

A més d'aquest informe, el projecte *Els fins de la medicina* inclourà una col·lecció d'estudis acadèmics, un cert nombre de congressos sobre el tema i un congrés internacional, que es desenvoluparà a Nàpols el juny del 1997. El grup suec ja ha publicat la seva sèrie d'estudis; s'està preparant un congrés alemany per al 1997, i el mateix any es publicarà a la Xina un llibre sobre el tema. A la primavera del 1995 va tenir lloc a Detroit un congrés, que va presentar aquest tema al públic nord-americà.

No ha estat gens fàcil organitzar i gestionar tot aquest projecte. Al principi ens vam trobar amb un escepticisme considerable; les reserves que vam haver d'escoltar van ser del tipus: "el tema és massa ampli" o bé "massa teòric" o "massa ambiciós". Molts dels participants de primera hora, en haver de fer front a tasques pràctiques més immediates i urgents als seus països, van adonar-se que ni ells ni els seus col·legues tenien temps per examinar qüestions tan àmplies. Això no obstant, una de les satisfaccions del nostre treball, al llarg dels quatre anys del seu desenvolupament, va ser la de poder persuadir la majoria dels qui dubtaven que, si no aconseguïen de reflexionar acuradament sobre els fins de la medicina, podrien fracassar a l'hora de portar a terme les reformes pràctiques necessàries, i que l'exercici consistent a plantejar-se qüestions bàsiques no és de cap manera merament "teòric", sinó enormement pràctic, pel que fa a les seves implicacions.

Hem d'agrair el suport i la col·laboració, en primer lloc, d'Irene Crowe i de la Fundació Petrus-Crowe. La doctora Crowe va confiar sempre en aquest projecte i va contribuir amb el seu temps i els seus diners a fer que es pogués dur a terme. Els doctors Philip Wagley i Samuel Klagsburn també hi van col·laborar enormement, com també ho va fer Bea Greenbaum. La Fundació Nathan Cummings i la Fundació Ira W. DeCamp també hi van contribuir de manera molt important. Per la meua banda, vull fer palès el meu agraïment als coordinadors dels grups de cada país, que van treballar molt intensament per constituir i mantenir units els seus grups. També dono les gràcies a la doctora Eva Topinková i als seus col·legues de Praga, que van ajudar a organitzar les tres reunions que hi van tenir lloc; a Bette Crigger i als seus redactors del *Hastings Center Report*, que van treballar intensament per publicar aquest informe; al doctor John Burrows, responsable de la nostra trobada a Detroit; als doctors Maurizio Mori i Riccardo De Sanctis, responsables del congrés que tindrà lloc a Nàpols el 1997; i a totes les altres persones que, al llarg de tot aquest camí, van compartir amb nosaltres les seves idees.

Finalment, vull agrair els meus col·legues Mark Hanson i Erik Parens la seva aportació intel·lectual i organitzativa al projecte, així com les contribucions addicionals de Bruce Jennings, James Lindemann Nelson, Philip Boyle i Joseph Fins, crítics experts que han aportat comentaris valuosos. Els doctors Arnold S. Relman, Kerr White i Alexander Leaf ens han afavorit amb els seus llargs anys de reflexió sobre la naturalesa de la medicina.

Daniel Callahan
Director del projecte
Els fins de la medicina

ELS FINS DE LA MEDICINA

L'establiment de noves prioritats

Pocs canvis en la vida humana han estat tan grans com els que han portat al món les ciències biomèdiques i la pràctica de la medicina: l'esperança de vida s'ha allargat espectacularment, han estat virtualment eliminades un bon nombre de malalties infeccioses, es poden detectar anomalies genètiques *in utero*, es poden trasplantar òrgans, controlar la reproducció, alleujar el dolor i rehabilitar els cossos de maneres inimaginables fa cent anys. Si als avenços en la biomedicina hi afegim els canvis més generals que s'han produït, a molts llocs del món, com a conseqüència de millores en l'alimentació, en el subministrament d'aigua potable i també en l'habitatge i en la seguretat, haurem de convenir que s'ha produït una profunda transformació de la vida humana. Ha canviat molt la manera com els éssers humans pensem sobre aquelles grans amenaces que han estat les malalties i la mort. I no ha canviat pas menys la manera en què les societats organitzen la prestació de l'assistència sanitària.

Però de cap manera no podem dir que, amb aquests grans canvis, tot vagi bé. L'optimisme sobre les possibilitats que tenim de dominar les malalties ha resultat precipitat. De fet, les malalties infeccioses no han estat eliminades, i menys encara als països en vies de desenvolupament; fins i tot als països desenvolupats estan reapareixent. Les afeccions cròniques i degeneratives de les persones d'edat persisteixen. Des dels àmbits polític i econòmic, totes les nacions han de fer front a un problema creixent quan han de finançar l'assistència sanitària. Els països desenvolupats troben cada cop més dificultats per pagar totes les necessitats i les possibilitats mèdiques que se'ls presenten. A tot arreu hi ha una necessitat creixent de controlar els costos i d'aconseguir més eficiència. Als estats més rics del món, la idea d'un progrés ininterromput ha trobat obstacles insalvables, tant científics com econòmics. Als països en vies de desenvolupament, on s'han fet grans avenços en la reducció de la mortalitat infantil i l'allargament de l'esperança de vida, cal donar resposta a qüestions bàsiques, com ara la de fins quin punt han d'intentar emular els models dels països desenvolupats, amb tecnologies cares i sistemes d'assistència sanitària complexos i costosos. A gairebé tots els països augmenta de manera considerable la preocupació sobre el futur de la medicina i de l'assistència sanitària, quan ha de fer front a un envelliment creixent de la ciutadania, a uns canvis tecnològics accelerats i a una demanda que no para de créixer. I, com a rerefons

moral, ha emergit un fort moviment cap al dret d'autodeterminació dels pacients i en favor d'una distribució dels serveis mèdics més equitativa.

La resposta més corrent a aquests problemes ha estat, molt sovint, purament tècnica o mecànica. Es consideren aquests problemes com si es tractés d'una crisi de gestió i d'organització, que només reclama una reforma dels mètodes de finançament i de prestació, uns canvis polítics i burocràtics, un augment dels pressupostos per a la investigació i uns mitjans més perfeccionats per a avaluar les tecnologies mèdiques. Els qui parlen de reformes solen discutir sobre el paper del mercat, la privatització, l'existència o la manca d'incentius; el control de la despesa i l'anàlisi de costos-beneficis, els mètodes de deduccions i els copagaments, plans diversos de finançament i d'organització, centralització contra descentralització. Aquestes respostes són importants i és comprensible que es formulin, però no són suficients perquè se centren principalment sobre els mitjans de la medicina i de l'assistència sanitària, no pas sobre els seus fins i objectius. És una ironia que la intensitat del debat tècnic serveixi per ocultar la pobresa del debat sobre el propòsit i la direcció de la medicina.

La premissa del nostre estudi era diferent: el que hi ha en joc són els fins de la medicina, i no tan sols els seus mitjans. Massa sovint sembla que donem per descomptat que els fins de la medicina s'entenen molt bé, que són evidents per si mateixos, i que només cal aplicar-los amb seny. La nostra convicció, al contrari, és que ara cal un examen renovat d'aquests fins. Sense una reflexió d'aquest tipus, els esforços que es desenvolupen a diversos llocs del món per portar a terme programes de reforma poden fracassar totalment o, almenys, poden no arribar a desenvolupar tot el seu potencial. Amb tot, un gran incentiu per dur a terme aquest examen el constitueixen les pressions econòmiques a què esta sotmesa la medicina. Una altra motivació la constitueix la gran expansió del coneixement mèdic i de la comprensió dels seus aspectes, a més dels problemes (i les possibilitats) socials, morals i polítics que acompanyen aquesta expansió.

ELS REPTES PLANTEJATS ALS FINS TRADICIONALS DE LA MEDICINA

Cal començar per definir la medicina. Segons l'ús corrent, la medicina es pot definir, tal com ho fa el *Medical Dictionary*, de Dorland, com “l'art i la ciència del diagnòstic i del tractament de les malalties i del manteniment de la salut”. Però aquesta definició convencional no capta tota la riquesa de la medicina, que posseeix moltes dimensions. Si, d'una banda, la medicina té fins explícits i també implícits, de l'altra, també l'activitat mèdica comprèn el treball de molta més gent que només els metges: són, per exemple, les infermeres, els tècnics de laboratori i els fisioterapeutes. No és gens fàcil descriure amb poques paraules tota la complexitat de la medicina moderna, ni tampoc els seus fins, les seves pràctiques, el seu personal i les institucions que l'acullen. Si aquesta descripció no és possible país per país, encara ho és menys a escala internacional. Era inevitable que el nostre grup posés damunt la taula històries, experiències i percepcions diferents. Moltes vegades va fer falta molt de temps per només entreveure, més enllà d'un babel inicial, un cert acord, alhora que unes diferències interessants i provocadores.

Considerem les qüestions que ara sorgeixen sobre alguns dels fins de la medicina acceptats generalment. Un dels fins tradicionals ha estat sens dubte el de salvar vides i allargar l'existència. Ara bé: què significa aquest fi, quan les màquines poden mantenir amb vida els cossos de persones que, en una altra època, serien simplement mortes? Fins on la medicina hauria d'allargar una vida que defalleix? Independentment del propòsit de salvar vides individuals, la investigació genètica sosté la possibilitat d'allargar significativament l'esperança mitjana de vida. És aquest un fi adequat per a la medicina? Seria un progrés, això, per a la societat? La medicina és necessàriament enemiga de l'envel·liment i de la mort?

Un altre fi de la medicina ha estat la promoció i el manteniment de la salut. Ara bé: què significa això en una època en què, amb una gran despesa de mitjans, es pot lluitar per la salut de nadons que pesen menys de 500 grams, o de persones que tenen més de 100 anys? És que cal no acceptar mai la malaltia ni la mala salut? La paraula “salut”, ha de tenir sentits diferents segons quin sigui l'etapa de la vida? Potser caldria insistir més a impedir la malaltia abans que aparegui, en comptes de buscar la manera de respondre-hi quan sorgeix? La investigació genètica està desenvolupant formes cada vegada més sofisticades de medicina predictiva, en efecte; però això ha de voler dir que les persones han

de conèixer, quan són infants, quines són les seves probabilitats de desenvolupar més endavant una afecció cardíaca o la malaltia d'Alzheimer?

Un tercer fi tradicional de la medicina ha estat el d'alleujar el dolor i el sofriment. Vol dir això, com alguns sostindrien, que l'eutanàsia i el suïcidi assistit mèdicament haurien de formar part de la medicina? La medicina hauria d'acollir els problemes plantejats per les ansietats de la vida quotidiana, els problemes existencials, psicològics i espirituals, als quals les persones han de fer front per trobar el sentit de l'existència? Cal que els resolgui amb remeis farmacològics o amb altres recursos mèdics? La medicina hauria d'ocupar-se de trobar solució a la violència social, als riscos mediambientals i a d'altres aspectes de la vida que, encara que no provinguin de malalties enteses en el sentit clàssic, tenen tanmateix conseqüències clarament perjudicials per a la salut? Quin és el territori legítim de la medicina? I on es troba la frontera d'una medicalització legítima?

Veiem, així, que un examen, ni que sigui superficial, dels objectius tradicionals de la medicina posa de manifest uns conflictes i uns dilemes profunds. D'ençà de la Segona Guerra Mundial, la medicina ha conegut un gran nombre de canvis, i de gran abast. En l'àmbit de la recerca, consagrada a la consecució d'un progrés il·limitat, la medicina ha estat enormement ambiciosa i expansiva, com si sostingués la creença que amb prou diners, prou energies i un zel científic suficient, no hi hauria cap afecció ni malaltia que no pogués tractar o guarir. En l'àmbit econòmic, la medicina s'ha convertit en una font de diners, de beneficis i de llocs de treball. Ara és una força econòmica, per dret propi, a gairebé tots els països. Políticament, el cost de l'assistència sanitària –més enllà dels recursos de la majoria dels individus–, i la urgència amb què es demana, signifiquen que els governs han d'exercir un paper molt important en el seu desenvolupament i en les seves prestacions. D'aquesta manera, la medicina i l'assistència sanitària són forces molt significatives dins el marc de la política nacional i fins i tot internacional. És inevitable que, en virtut de la seva prominència científica i de la seva importància econòmica i política, els fins històrics de la medicina estiguin exposats a una influència externa sense precedents.

Aquest informe se centra en els fins que té la *medicina*, i no pas, en sentit més ampli, en els de l'assistència sanitària, ni tampoc en el rerefons social i les condicions econòmiques que contribueixen a una bona salut. Avui s'admet de manera general que, durant el segle passat, l'assistència mèdica com a tal no ha contribuït gaire, comparativament, a la majoria de les millores més importants en la situació de la salut de la població. També s'admet, almenys en la mateixa

mesura, que els esforços en la promoció de la salut i en la prevenció de les malalties han d'aplegar molts sectors de la societat que són fora de la medicina, com ara l'educació i els mitjans de comunicació. L'assistència mèdica és inclosa dins els sistemes d'assistència sanitària, i aquests sistemes, al seu torn, són dins uns contextos socials i polítics encara més amplis.

De tota manera, ens centrem en la medicina perquè, en el camp de la recerca, la investigació biomèdica és la font més important de coneixement sobre les causes i el desenvolupament de la salut i de la malaltia. Els aspectes clínics de la medicina no són pas menys importants, perquè, quan algú es troba malament, s'adreça en primer lloc al metge, sigui quin sigui l'origen de la seva malaltia. Més encara, la medicina forneix un poderós conjunt de metàfores per tractar la salut i la malaltia; s'ocupa de la integritat, de l'harmonia i de la plenitud del cos i de la ment. La salut dels pacients individuals és l'element central per a l'ètica i la pràctica de la medicina, com una afirmació de la dignitat dels pacients, considerats un per un. I si, finalment, ens centrem en la medicina és perquè, com a activitat econòmica, és l'origen de la part més important dels costos tan elevats de l'assistència sanitària, com també de la major part de les confusions i de les incerteses que es presenten quan parlem de la lluita contra la malaltia. Reconeixem, però, que la frontera entre la medicina i els sistemes d'assistència sanitària dels quals forma part no és gens clara. Per tant, en aquest informe passarem, sempre que convingui, d'un a l'altre d'aquests àmbits diferents.

ELS PUNTS DE TENSIÓ

Noves pressions. Encara que hi hagi variacions significatives d'un lloc a l'altre, per regla general la medicina es troba sota una tensió considerable, per diverses raons científiques, econòmiques, socials i polítiques. Una part d'aquesta tensió prové de l'èxit mateix de la medicina, i no pas dels seus fracassos. Dins la societat occidental, aconseguir una salut corporal completa s'ha convertit per a molts en una mena de religió, i intentem mantenir a qualsevol preu la joventut i la bellesa, en un cos que funcioni perfectament. I, en un altre extrem, la capacitat de la medicina actual per mantenir en funcionament, encara que sigui a la desesperada, uns cossos greument malalts, fins i tot quan la pèrdua de la salut ja no té remei, pot provocar els dilemes morals referits a la finalització del tractament. L'augment de les malalties cròniques és un tribut indirecte a la capacitat de la medicina per mantenir en vida uns pacients que, en una època anterior, probablement ja serien morts. Ara bé, com a conseqüència de la seva incapacitat per trobar un remei per a la majoria dels estats crònics, la medicina s'ha vist obligada a recórrer a tecnologies intermediàries d'alt cost. El pulmó artificial i la insulina en són els exemples clàssics, però d'altres més recents inclourien l'AZT i els altres medicaments per a la sida, a més de moltes formes de cirurgia cardíaca i de diàlisi renal.

Precisament perquè la medicina ha fet uns progressos tan grans, cal preguntar-se què s'ha de cercar *ara*. I al mateix temps, s'estan posant de manifest nous punts de vista sobre la medicina i sobre l'assistència sanitària, que lluiten per ocupar un lloc de més reconeixement entre els professionals i la població en general. Entre aquestes noves perspectives cal esmentar l'anomenada medicina holística, que planteja la necessitat de retornar a un ideal d'integritat; hi ha també un interès molt acusat per les formes alternatives i tradicionals de la medicina; uns intents més agosarats de comprendre més bé la relació entre la ment i el cos, i uns nous esforços per millorar les cures pal·liatives, l'autoajuda, la promoció de la salut i els canvis de costums. Sobre la medicina recau, per tant, un gran nombre de noves demandes. Però, alhora, s'exploren nous horitzons. I es fan visibles algunes pressions que vénen de molt lluny en el temps i que avui dia s'estan aguditzant. Entre els punts de tensió més importants que trobem a la medicina contemporània, remarcuem els següents:

Desenvolupaments científics i tecnològics. Cap canvi no ha produït tant d'impacte en la medicina com el que representa la preponderància actual de les tecnologies sofisticades, tant diagnòstiques com terapèutiques. La formació

dels metges està orientada cap a la utilització d'aquestes tecnologies; les indústries farmacèutiques i d'instrumental mèdic les desenvolupen i produeixen, i els sistemes d'assistència sanitària estan preocupats per la manera d'implementar-les i de pagar-les. L'èxit mèdic d'aquestes tecnologies és, en molts casos, gairebé miraculós, una font d'orgull professional i d'admiració pública. Per a molta gent, la capacitat de la medicina d'alta tecnologia per posar remei als infortunis de la vida és una font d'esperança i de consol; i no és pas accidental que aquesta classe de medicina sigui molt valorada als països desenvolupats i molt buscada als països en vies de desenvolupament.

Ara bé, en conjunt, aquestes tecnologies han fet augmentar enormement els costos de la medicina i de l'assistència sanitària. Mentre que algunes tecnologies ajuden a estalviar costos i n'hi ha de relativament barates, moltes d'altres, segurament la majoria, han tendit a fer-los augmentar. Ofereixen tractaments allí on abans no se'n feia o bé fan possibles noves formes de rehabilitació i de prolongació de la vida o afegeixen possibilitats a un desplegament impressionant de tecnologies ja, de fet, molt ampli. La tendència, tal com ha observat l'OMS, porta cap a uns tractaments més cars per a malalties que afecten menys persones. Més encara, moltes de les millores en la salut que aporten els desenvolupaments tecnològics es troben als marges, allà on els beneficis són relativament més cars; és el cas de la quimioteràpia per al càncer; de la cirurgia a cor obert, per a les malalties del cor, o de l'eritropoetina, per a l'anèmia associada a la fase terminal de les malalties renals. Moltes tecnologies diagnòstiques detecten condicions que superen els límits de qualsevol tractament possible. Més encara, com que ja s'han fet grans progressos per millorar la situació sanitària general, els nous avenços resulten comparativament cars. Tal com passa als viatges espacials, l'ascens dels primers quilòmetres es pot fer amb avions ordinaris i és relativament barat, però, com més amunt anem, les naus espacials també són més sofisticades i els costos s'enfilen en proporció. Molt pocs observadors prediuen que el segle XXI serà testimoni dels augments tan espectaculars de l'esperança de vida que han marcat el segle XX i que es compten per dècades. La taxa ja relativament baixa de la mortalitat infantil als països desenvolupats i, cada vegada més, als països en vies de desenvolupament, avala aquest pronòstic.

Compensació de la tendència curativa. Fins ara no és gaire evident que hagi afluixat la tendència cap a la curació que ha format part de la ideologia moderna de la medicina. Encara que no hi hagi cap contradicció intrínseca entre els objectius assistencials i els curatius, la tendència cap als segons ha per-

judicat sovint els primers. Les batalles implacables i costoses contra les malalties, en particular contra afeccions letals com ara el càncer, les cardiopaties i els atacs d'apoplexia, han eclipsat massa sovint les necessitats d'auxili i de compassió enfront de la mort. Tant la taxa d'innovació tecnològica com la seva tendència terapèutica han creat una medicina que és difícil de sostenir, i més encara de manera equitativa. Hi ha un límit per a allò que és possible pagar raonablement, per a allò que és políticament factible i per a allò que el mercat competitiu pot suportar sense provocar grans sofriments ni desigualtats. La lluita pel progrés, cara, ambiciosa i de resultats poc previsibles (les batalles contra la malaltia mai no es guanyen del tot), que ha distingit la medicina dels darrers cinquanta anys, podria haver arribat ara al límit del que sembla assequible a molts països.

Poblacions que envelleixen. L'impacte de les poblacions envellides sobre l'assistència sanitària es va considerar durant un temps com un problema exclusiu de les nacions desenvolupades. Ara, això ja no és així. És una causa de preocupació per a l'assistència sanitària a tots els països que aconsegueixen reduir les taxes de mortalitat infantil, augmentar l'esperança de vida i millorar l'estat general de salut. Durant les properes dècades, els països desenvolupats seran testimonis d'un increment important del nombre de persones velles i de les proporcions d'aquest nombre. Segurament tindran el doble de persones de més de seixanta-cinc anys que actualment i potser el triple o més de persones de més de vuitanta-cinc. Encara que als països en vies de desenvolupament aquests increments poden no ser tan elevats o no arribar tan ràpidament, també s'hi faran notar; almenys així ho observava el Banc Mundial, en incloure l'envelliment de les societats entre els més importants problemes del futur per a aquests països.

Hi ha proves que l'envelliment de les poblacions per si sol no fa que s'incrementin enormement els costos sanitaris. De fet, el que marca la diferència és la combinació entre l'envelliment de la població i la intensificació dels serveis mèdics, socials i assistencials. Fins i tot limitant els tractaments mèdics intensius i cars en el cas de persones grans, els costos dels tractaments llargs i domiciliaris poden resultar enormement feixucs. La tendència general a aplicar més tractaments mèdics d'aguts, almenys a les persones velles més “joves” –la diàlisi renal o la implantació de derivacions coronàries, per exemple– fa pujar els costos, encara que també aporta beneficis. Les barreres biològiques per a un millorament de la salut de les persones grans, que semblen més formidables precisament a causa dels progressos aconseguits, crearan inevitable-

ment noves exigències, reptes en la investigació i una mescla d'esperança i frustració.

El mercat i la demanda del públic. De vegades s'argumenta que una gran part del progrés mèdic i de la seva demanda està fortament guiada per les exigències del públic, les polítiques públiques i les forces del mercat. Els èxits de la medicina, la confiança de la població en la seva eficàcia i l'increment de les malalties cròniques i de les taxes de morbiditat alimenten una demanda cada vegada més intensa de serveis mèdics. A aquestes forces cal afegir-hi la influència creixent del mercat sanitari, que ha estat un dinamitzador poderós d'innovacions mèdiques útils. El mercat respon tant a la demanda pública d'innovacions com a l'aspiració professional dels metges, que volen donar la millor atenció als seus pacients; i alhora el mercat també alimenta tant les demandes de la població com les aspiracions dels metges. El mercat obliga el sector mèdic a invertir grans quantitats de diners en la recerca, a innovar incessantment (fent obsolets els productes en pocs anys), a aconseguir beneficis marginals, si són prou rendibles, i a més a promoure àmpliament els seus productes entre la població en general i entre els professionals de la medicina. Darrerament, els governs compten cada cop més amb la privatització, a l'hora d'alleugerir les pressions econòmiques a què estan sotmesos els seus sistemes públics d'assistència sanitària.

Per la seva naturalesa, el mercat respon en primer lloc a unes necessitats, desigs i preferències individuals, no necessàriament els del bé comú. Encara que es puguin donar coincidències considerables entre les necessitats i les preferències dels individus i les de la societat, també pot haver-hi grans disparitats. El mercat és un motor poderós, que promou molt més el desenvolupament econòmic que les economies centralitzades. Però les mateixes forces del mercat que contribueixen a augmentar la riquesa general també provoquen l'increment, per damunt de la taxa de creixement econòmic, tant dels costos com de la demanda d'unes tecnologies i una assistència sanitària cada vegada millors. I, naturalment, el mercat mateix pot ser, com passa amb l'augment del consum de tabac, una font d'afeccions i de malalties.

Històricament, les societats dominades pel mercat han tingut més problemes per controlar els costos de l'assistència sanitària que les societats d'economia mixta. Així mateix, aquestes primeres societats, per bé que tendeixen a disposar d'una assistència de més alta qualitat per a alguns segments privilegiats de la població, sovint fan més difícil que els grups desfavorits puguin aconseguir uns beneficis sanitaris comparables. Massa sovint, l'orientació del mercat

cap a l'eficàcia provoca desigualtats. Si bé entre els països occidentals europeus hi trobem bons exemples dels esforços per a aconseguir un equilibri efectiu entre l'acció del govern i les forces del mercat, aquests països no s'han deslliurat de les pressions per privatitzar una part dels seus sistemes d'assistència sanitària i per introduir els mecanismes del mercat. En alguns llocs de l'Àsia i de l'Amèrica Llatina, i també als EUA, les estratègies de mercat i la privatització dels sistemes d'assistència sanitària estan arribant a ser dominants. Això és acompanyat sovint per un declivi dels programes de salut pública i per un augment del nombre i la proporció de ciutadans que no estan assegurats. En aquests casos, augmenten les desigualtats i se'n ressent la integritat de la medicina, que esdevé captiva de les forces del mercat. D'una manera o d'una altra, l'economia és una part inevitable i central del sector mèdic i de l'assistència sanitària. La interacció entre la teoria i la ideologia del mercat, d'una banda, i la medicina, de l'altra, és un afer crucial que encara no s'ha resolt del tot. Si no s'encara prou bé aquest afer, la medicina podria experimentar revessos molt seriosos, pel que fa als seus valors centrals i a les seves tradicions: la relació de confiança entre metge i pacient, els fins altruistes de la medicina i la confiança del públic en les motivacions de la institució mèdica mateixa.

Les pressions culturals. La medicina contemporània és un dels primers beneficiaris de la confiança de la Il·lustració en el progrés científic i del compromís amb aquest progrés. Aquest ha estat un poderós estímul per als avenços de la medicina i per al millorament de l'assistència sanitària. També ha comportat, però, que s'hagi arribat a creure que la possibilitat de millorar la salut és il·limitada, cosa que fa esperar una millora contínua de les taxes de mortalitat i de morbiditat, així com dels coneixements biològics i de la innovació tecnològica. De vegades, aquestes expectatives poden arribar a generar en la població unes demandes excessives i irrealistes. La medicina d'alta "qualitat" sol ser considerada la proveïdora del més recent i del millor dels tractaments que es poden obtenir, des de la consideració que el futur en portarà uns altres de millors. Irònicament, mentre que el desig de progrés condueix a un coneixement i una innovació més grans, també fa pujar el nivell general de descontentament respecte de la situació actual, que se sol considerar insuficient a la llum de les possibilitats futures. Per exemple, s'han fet grans progressos en la reducció de les morts per càncer entre els joves, però això provoca alhora un augment de la frustració –i unes noves esperances– quan s'examinen les taxes de mortalitat entre les persones grans, la disminució de les quals ara com ara no resulta previsible.

Un altre valor cultural important, en especial a les societats dominades pel mercat, és la satisfacció dels desigs individuals. La medicina esdevé no pas simplement un mitjà per fer front a les afeccions i a les malalties tal com se l'havia entès tradicionalment, sinó també un camí a través del qual s'amplia la capacitat d'elecció individual i les possibilitats humanes en general. En molts casos –el control de la natalitat, per exemple– el benefici és evident. Però també amplia la noció mateixa de què entenem per medicina, la qual, si s'amplia massa, tendeix a convertir-se en una mera col·lecció d'actes i de tècniques neutrals, que es poden fer servir tal com els individus ho creguin convenient, i que només estan subjectes a limitacions econòmiques.

La medicalització de la vida. El gran poder de què disposa la medicina per canviar i per modificar el cos humà, així com per obrir noves possibilitats biològiques, fa molt temptador de medicalitzar la vida tant com es faci possible. Les expectatives socials i les possibilitats tecnològiques donen impuls a un procés creixent de medicalització, és a dir, a una aplicació del coneixement i de les tecnologies mèdiques a problemes que històricament no s'havien considerat mai de natura mèdica. Ara bé: quina seria una medicalització adequada? Si per ella mateixa la vida produeix una angoixa i una tristesa existencials, caldria trobar-hi un remei farmacològic? Si les societats produeixen violència i patologies socials, la medicina hauria de fer servir els seus coneixements i les seves tècniques clíniques per posar-hi remei? Si la mateixa natura humana sembla defectuosa, caldria millorar-la genèticament? La medicalització pot prendre també una altra direcció, que consistiria a crear en la població unes expectatives d'acord amb les quals la medicina, tractant els símptomes clínics, podria resoldre problemes socials més amplis. El cert és que, per al propòsit pràctic dels pressupostos i de l'acceptació pública, els problemes individuals i socials que es poden classificar com a “mèdics” solen aconseguir més diners i més recursos.

Els programes mèdics són més populars que els programes de benestar social, i els problemes definits com a mèdics s'accepten més de bon grat que els mateixos problemes etiquetats com a afers referits a la delinqüència, a la pobresa o a la moralitat. És el que passa, per exemple, amb l'alcoholisme o les drogoaddiccions. Certament, mentre que és vàlid de distingir entre els fins principals de la medicina, que representen el seus valors fonamentals, i els fins secundaris, en els quals es busca que els beneficis socials i individuals siguin coherents amb els seus fins principals, encara queda molt d'espai per a la confusió. La medicalització d'espais cada vegada més amplis de la vida humana no solament crea incertesa sobre la natura i l'abast de la medicina; també pot fer aug-

mentar els costos de l'assistència sanitària. No obstant això, també cal tenir en compte que, de vegades, en absència d'altres remeis, més bàsics, la medicalització permet de gestionar alguns problemes socials que altrament serien intractables. Aquesta és potser una font de l'atractiu que tenen les drogues psicotròpiques, a l'hora de fer front a l'estrès corrent de la vida moderna.

El millorament humà. El més gran, i el més utòpic, dels camps oberts per a la medicina és el del millorament humà. Aquí la medicina no es fa servir simplement per superar les patologies biològiques i aconseguir un estat de normalitat, sinó per augmentar les capacitats humanes; és un mitjà, doncs, tant per optimitzar com per normalitzar. Fins ara les possibilitats per a fer-ho han estat molt limitades, però, encara que potser en el futur la situació no canviï excessivament, la idea és molt seductora. Els contraceptius moderns han aconseguit un canvi impressionant en el paper de la dona i de la procreació, com a part integrant de la vida humana. Els milloraments genètics, a més a més, podrien afegir l'expectativa de poder manipular característiques humanes fonamentals (entre els somnis més especulatius, hi ha la millora de la intel·ligència i de la memòria, o la reducció de la violència), tal com l'hormona humana del creixement ja pot augmentar l'estatura d'aquelles persones que, sense ser en principi anormalment baixes, volen ser més altes per raons socials o personals. Aquí és important, tanmateix, tenir en compte que les possibilitats utòpiques de canviar la natura humana segurament són bastant limitades, mentre que d'altres avenços que semblen més ordinaris, com ara en l'educació i en la farmacologia, poden tenir un impacte molt més gran.

Raons per reformular els fins actuals. Si cal posar en qüestió els fins acceptats de la medicina, no és simplement perquè aquesta, en resoldre uns vells problemes, n'hagi generat uns altres de nous sense proposar-s'ho, o perquè tingui encara moltes falles i deficiències. La raó és que si no arribem a fer aquest examen, si no formulem uns nous ideals i unes orientacions millors, la medicina i els sistemes d'assistència sanitària dels quals forma part seran:

Econòmicament insostenibles i tendiran a generar una medicina inassequible, la qual cosa produirà un esvoranc cada vegada més gran en la desigualtat entre les possibilitats dels rics i dels pobres, per a disposar del millor de la medicina, i a tots els governs se'ls crearà un conflicte polític irresoluble, a l'hora de planificar una assistència sanitària adequada i efectiva.

Clínicament confusos i fallaran a l'hora de trobar un bon equilibri entre la cura i l'assistència, entre la conquesta de les malalties i el millorament de la

qualitat de vida, entre la reducció de la mortalitat i de la morbiditat, i entre la inversió dels recursos socials en una bona assistència sanitària i el millorament real de la salut de la població.

Socialment frustrants, per tal com estimularan entre la població unes esperances falses i irrealistes, i crearan unes expectatives sobre el poder transformador del progrés mèdic que no es poden aconseguir, o que en tot cas només es poden aconseguir amb uns costos econòmics, socials i ètics massa alts.

Desorientats i incoherents, generadors d'objectius arbitraris i independents els uns dels altres, en nom de la llibertat de mercat, o en nom de grups d'interès amb bones intencions, però sense crear cap directiva clara, general i de conjunt, ni cap visió de fins valuosos dirigits a la població, ni cap idea significativa de la contribució que fa la medicina al benestar individual.

MEDICINA I SOCIETAT

Tot i que la medicina encara disposa de la capacitat de determinar significativament i des de dins el seu curs propi, està molt influïda pels costums, els valors, l'economia i la política de les societats dins les quals està inserida. La frontera que hi pugui haver entre la medicina i la societat és cada cop més porosa. A la medicina l'alimenten les grans quantitats de diners que hi inverteixen el sector públic i les empreses privades, però també, i no pas en menor mesura, el poder de la publicitat i dels mitjans de comunicació, a més dels gustos, les fantasies i els desigs de la població.

No deixa de ser raonable, aleshores, dir que, a mesura que la societat avança, també avança la medicina. Una transformació ideal de la medicina exigiria una transformació de la societat; hi ha un punt a partir del qual no es poden mantenir separades. Repensar els fins de la medicina requereix, alhora, repensar els fins i els valors de la societat, i del substrat cultural de la societat. No podem, en aquest informe, proposar-nos d'emprendre una tasca d'aquesta mena, però almenys podem indicar els punts cabdals de contacte entre els fins mèdics i els fins socials i el que es podria fer per facilitar un diàleg ric i un enteniment mutu.

Pluralisme i universalisme. Té algun sentit parlar d'uns fins que serien exclusius de la medicina? Podem proposar uns fins vàlids universalment? La medicina té característiques tant globals com particulars, cosa que vol dir que posseeix uns fins que haurien de ser comuns a totes les cultures, i uns altres que són propis i únics de cada cultura. Encara que gairebé pertot es discuteix el sentit i l'abast de conceptes com els de salut, malaltia, trastorn o malestar, a tot arreu hi ha institucions i grups d'experts als quals se'ls adreça la gent quan el cos o la ment no els funcionen, en el sentit que ells i la societat esperen.

La universalitat de la medicina procedeix, entre d'altres coses, de la nostra natura humana comuna. Tard o d'hora, d'una manera o d'una altra, tots ens trobem malament. El cos o la ment ens fallen. Sentim dolor i patim, directament per una malaltia, o bé a causa del temor que tenim pel que ens pugui passar a la vida. A tot arreu es reconeix el fenomen del dolor i del sofriment, encara que hi pot haver grans variacions sobre quin sentit se'ls atribueix, sobre la tolerància que mereixen o la manera en què s'institucionalitzen les respostes que hi dona la societat. A tot arreu, tant els infants com els adults, quan volen posar remei a uns dèficits o a la incapacitat per fer-se càrrec de la seva vida i del seu entorn, i per més diferents que siguin les seves expectatives sobre com gestionar millor

aquestes deficiències, depenen, físicament i socialment, d'unes altres persones. A tot arreu es dona importància als accidents i a les lesions, als esdeveniments externs inesperats que interrompen el funcionament regular del cos. La universalització del coneixement científic i de l'intercanvi de les tècniques i els conceptes mèdics fan més plausible que mai parlar de la medicina com d'una disciplina i una professió de caire universal. Això no significa pas negar que hi pugui haver una tensió considerable, que de vegades pot ser fecunda i de vegades estèril, entre la que ha estat anomenada "medicina cosmopolita", la de la ciència internacional, i les medicines locals.

De manera que hi ha, i cal que hi hagi, un pluralisme considerable a l'hora d'entendre la medicina i d'organitzar els sistemes d'assistència sanitària; però, alhora, la medicina serveix unes necessitats humanes comunes i es basa en uns valors importants, que haurien de merèixer una aprovació i un respecte universals. Els darrers anys, l'autodeterminació i la justícia han emergit com uns valors particularment importants. Hi ha coses que semblen difícils de rebutjar, encara que sigui sobre les bases del pluralisme: tradicions que han posat l'accent en el benestar del pacient com l'obligació suprema del metge; l'exigència del consentiment informat per a la investigació mèdica; el deure de la societat de proporcionar una assistència sanitària de qualitat, a l'abast de tothom; l'obligació de basar els tractaments mèdics en les millors evidències científiques que es puguin obtenir sobre la seva efectivitat; o l'empatia i la bondat com una característica d'una assistència mèdica més humanitària. Aquests són uns valors fonamentals i universals: alguns són vells, d'altres són nous, alguns són més respectats que uns altres; però tots formen part d'una constel·lació de valors que confereix a la medicina la seva identitat actual.

Naturalment, es pot objectar que societats diferents poden entendre aquestes tradicions i obligacions de maneres també diferents, posant l'èmfasi en un punt o un altre. El significat de qualsevol concepte sol ser local i regional, i no és gens fàcil copsar-lo amb enunciats universals. La bona medicina té en compte i honora els significats variables a través dels quals la cultura s'expressa, i que configuren el seu context. De cap manera aquesta classe de diversitat no resulta incompatible amb la universalitat de la medicina. Les ciències biològiques i clíniques han ajudat a construir un conjunt universal de conceptes científics, alhora que les ciències socials, la teoria política i les humanitats ajuden cada cop més a proporcionar un llenguatge propi per a definir els valors, les polítiques i els estàndards morals de la medicina: per als drets i les necessitats humanes, l'ètica mèdica, la relació metge-malalt i les normes de la integritat mèdica.

La medicina anirà millor i serà un àmbit més coherent si parteix d'un conjunt de fins universalment acceptats que representin els seus valors fonamentals. Això no tan sols facilitarà l'intercanvi de coneixements i el desenvolupament d'iniciatives globals de salut (com ara les promogudes per la OMS), sinó que també permetrà que la medicina sigui mesurada segons uns patrons que transcendeixen les idiosincràsies i les variacions locals. Això ajudarà la medicina a mantenir la seva integritat, enfront de les pressions polítiques i socials que pretenen posar-la al servei de propòsits anacrònics o aliens. I, anant més enllà, permetrà que els pacients entenguin i jutgin millor el tipus d'assistència que tenen el dret d'esperar, i que els i les professionals que practiquen la medicina entenguin més adequadament la seva funció i les obligacions i expectatives que aquesta comporta. La medicina necessita orientar-se amb una brúixola pròpia i servir uns valors permanents, que seran més forts si se sostenen sobre els seus fins tradicionals, que solen ser universals.

Però encara que puguem posar-nos d'acord en molts aspectes, tant el realisme com les diferències legítimes entre els diversos punts de vista poden fer difícil, en ocasions, d'aconseguir un consens universal sobre els fins de la medicina, i encara menys sobre els seus significats específics. I encara que això sigui així, és imperatiu millorar el procés de comunicació oberta entre la medicina i la societat i treballar partint d'una confiança universal i de fons entre els metges i els pacients.

Els fins mèdics: models inherents a la medicina o construccions socials?

Durant molt de temps, han coexistit dues visions complementàries i oposades sobre el caràcter de la medicina i dels seus fins. Una visió intenta discernir uns fins inherents a la medicina i l'altra pretén descobrir els fins construïts socialment dins d'un context històric i cultural determinat. La posició inherentista sosté que els fins propis de la medicina sorgeixen com una resposta a l'experiència humana universal de la malaltia, que és intrínseca a la pràctica de la medicina. D'aquí se'n dedueix la necessitat d'assistir els malalts, ajudar-los, tenir-ne cura i guarir-los. La medicina comença per la relació metge-malalt, la qual al seu torn genera, per a la seva viabilitat, uns valors inherents –com el vincle metge-malalt– per mantenir-se i reforçar-se. A més a més, la medicina s'hauria d'atenir a aquests valors inherents per resistir la dominació o la manipulació social, per decidir la seva direcció pròpia i garantir als metges la seva pròpia integritat, amb independència dels valors definits socialment. La medicina, inevitablement, està influenciada pels valors i els fins de les societats dins les quals es troba, però això no significa que els seus valors puguin o hagin de reduir-s'hi.

L'altre punt de vista, el de la construcció social, parteix, en canvi, de la gran variació que el temps i les diferents cultures han introduït en la natura i els fins de la medicina. No deixa de ser veritat que l'atenció dels malalts constitueix un fil conductor històric i cultural, com també ho és la centralitat de la relació metge-malalt; però és tan variada la interpretació del malestar i de la malaltia, és tan complexa la resposta que se'ls dóna, que es fa molt difícil identificar un conjunt significatiu de valors i de conviccions inherents a l'exercici de la medicina. Per tant, la medicina és considerada com un fons de coneixement sempre en evolució i com una sèrie canviant de pràctiques clíniques que no tenen una essència definida. El coneixement i la pràctica mèdica reflectiran l'època i les societats de les quals formen part i estaran al servei de qualsevol ús que la societat consideri convenient; estaran subjectes a les mateixes restriccions que qualsevol altra institució social. Per més atractiu que pugui ser el fet de plantejar que existeix una naturalesa inherent a la medicina, no se'n pot discernir cap. O, en qualsevol cas, la medicina és més rica i més forta, gràcies precisament, a la seva mal-leabilitat científica i social.

En part, el conflicte entre aquests dos punts de vista sobre la medicina comporta interpretacions diverses sobre les manifestacions extremament variades de la medicina, a les diverses èpoques i indrets. Però aquest també és un debat sobre quina *hauria* de ser la naturalesa de la medicina i quins haurien de ser els seus fins. La medicina hauria d'intentar definir des de dins –des de la seva història i les seves tradicions– els valors que li són propis i la direcció que ha de seguir? O bé hauria de deixar que ho fes la societat, des de fora? O, més encara, la medicina hauria de trobar la seva direcció mitjançant un diàleg continu amb una societat, en la qual cadascú busca una esfera, uns deures i uns drets propis?

El nostre grup va concloure que aquesta darrera opció és la més acceptable, encara que el punt de partida de la medicina hauria de ser la seva història i les seves tradicions. Una medicina que no tingui una direcció interna pròpia i uns valors fonamentals propis serà, massa fàcilment, víctima i objecte de mal ús per part de la societat, si li manquen els recursos per resistir les pressions externes. És evident que una cosa així va passar amb la medicina nazi i amb la medicina comunista. D'altra banda, també és ingenu pensar que els valors mèdics poden romandre lluny de tota influència social. Atès que els metges, el personal d'assistència sanitària i els pacients formaran part de la societat, mai no serà possible de trobar una línia definida entre la medicina i les altres institucions socials.

Si, a partir d'això, el que sembla més apropiat és mantenir algun tipus de diàleg obert i continuat entre la medicina i la societat, en el qual cadascú pugui

expressar la seva manera d'entendre el malestar, la malaltia i la mort, i faci palès el seu punt de vista sobre la prestació de l'assistència sanitària, quines reserves i quines perspectives caldrà tenir en compte? Des del punt de vista mèdic, tindran una importància evident l'ètica i la integritat de la pràctica mèdica. Què han de fer els metges per respectar els seus pacients? Què han de fer els pacients per respectar els seus metges? Quins hàbits i quines pràctiques hauria d'instaurar la medicina? Com hauria de transmetre la medicina els seus valors als seus estudiants? Quins haurien de ser aquests valors? Com pot ser la medicina fidel a les seves tradicions pròpies, sense deixar d'adonar-se dels canvis que es produeixen en el coneixement científic o en els valors socials, i que exigiran un canvi fonamental en la seva escala de valors? Un canvi així ja va tenir lloc després de la Segona Guerra Mundial, quan es va exigir el consentiment informat per a la investigació mèdica i es va començar a difondre, a molts indrets del món, l'exigència de dir la veritat als pacients sobre el seu estat i de tenir en compte molt seriosament els seus punts de vista personals i els seus valors. Si es vol millorar la comprensió mútua entre la medicina i la societat, cal entendre més bé el punt de vista del pacient i desenvolupar una perspectiva profana de la medicina.

El nostre grup no va arribar a resoldre completament la qüestió de si la medicina té uns fins inherents o si són una construcció social. Tanmateix, vam aconseguir arribar fàcilment a un acord sobre el fet que la medicina té efectivament, i ha tingut sempre, uns valors fonamentals universals, i que, en aquest sentit, està marcada per uns fins inherents a ella mateixa. També podem entendre per què les moltíssimes expressions d'aquells valors i d'aquells fins –sempre expressats localment i d'aplicació molt diferent segons quina sigui la cultura en què s'expressen– dona credibilitat al punt de vista de la construcció social. Una posició intermediària i raonable, aleshores, és la que considera que totes dues perspectives tenen raó: la medicina té uns fins essencials, conformats per ideals més o menys universals i per unes pràctiques històriques, però els seus coneixements i les seves tècniques també són, en un grau significatiu, construccions socials. El perill real provindria d'una reducció del primer punt de vista al segon; el millor és mantenir totes dues perspectives en una fructífera tensió mútua.

Economia, medicina i necessitats socials relatives. No hi pot haver gaire dubte que l'economia té un paper fonamental a l'hora de conformar la pràctica efectiva de la medicina dins les societats modernes, i que influeix molt en els fins visibles de la medicina, tant explícitament com tàcitament. Així que la medicina entra en el corrent econòmic general d'un país, es troba sotmesa a

totes les forces i prioritats econòmiques que influeixen en la resta de la societat. L'orientació mercantil i la privatització que caracteritza la medicina a molts països asiàtics, sud-americans i de l'Europa central, i que està establerta des de fa molt de temps als Estats Units, comporta situar en un primer pla uns valors i unes prioritats diferents del que succeïa als sistemes precedents d'assistència sanitària. L'augment recent i ràpid dels programes d'assistència gestionada als Estats Units, que posen l'èmfasi en un fort control de la despesa, ha donat més prioritat a la competència i a la restricció dels costos del que abans era habitual. També han canviat *de facto* els fins de la medicina, que ara donen preferència a l'assistència primària, un objectiu que ja s'ha aconseguit a l'Europa occidental. La privatització –tendent a orientar cap al sector privat les funcions d'assistència sanitària que en un altre temps estaven reservades als ens públics– tendeix a transformar la medicina en un producte de consum; i només l'ús que els governs fan de la privatització, per complementar l'esforç que ells mateixos fan en l'assistència pública, pot corregir aquesta tendència.

Per la seva banda, la societat haurà de decidir quina classe de recursos econòmics i socials posarà a disposició de la medicina i en quines proporcions ho farà. Això comportarà determinar el pes que caldrà donar a les necessitats mèdiques i sanitàries, en comparació amb d'altres béns importants, com ara els ajuts dedicats a l'habitatge o bé la defensa, l'educació, l'ocupació i el transport. I cada vegada més, a causa de les pressions econòmiques, les societats hauran de determinar la càrrega econòmica relativa que hauran de suportar el sector públic, el sector privat i els ciutadans. Al mateix temps, hauran de decidir el grau de joc lliure i no regulat que caldrà donar als mecanismes del mercat. No pas menys importants poden ser els valors i les restriccions culturals; aquí cal incloure-hi la religió, l'etnicitat i les diferents interpretacions de la moralitat personal i institucional. L'avortament, l'esterilització i les diverses formes de reproducció assistida seran influïdes per valors religiosos, per exemple. Per la seva banda, el grau en què es permeti al pacient de decidir sobre el seu tractament dependrà d'uns punts de vista més amplis sobre el dret dels ciutadans a participar en aquelles matèries que afecten el seu benestar. Aquests punts de vista poden entrar en conflicte amb els fins de la medicina, o pot semblar que hi entren.

LA DETERMINACIÓ DELS FINS DE LA MEDICINA

Tot seguit volem definir els que considerem que són els fins adequats per a la medicina contemporània i també justificar-los tenint en compte els problemes de sentit i d'interpretació que plantegen. Però, com a pas preliminar, cal definir alguns termes clau. Una vegada fet aquest pas, els fins es poden abordar a partir de quatre encapçalaments: la prevenció de les malalties i la promoció de la salut; l'alleujament del dolor i del sofriment; el tractament de les malalties i l'atenció dels malalts incurables, i, finalment, l'evitació d'una mort prematura i la cerca d'una mort tranquil·la.

Definició de “salut” i d'altres conceptes clau. És difícil de parlar sobre els fins de la medicina sense, alhora, al·ludir a un conjunt d'idees que entren a formar part del significat i del propòsit de la medicina. La medicina s'ocupa principalment de la salut; però, justament: què és la salut? Quan diem que una de les raons per les quals ens trobem malament és una malaltia, què volem dir precisament? Si la manca de salut es manifesta en el malestar i en el trastorn, què signifiquen aquests termes? Una manera que sembla adequada d'entrar en aquestes qüestions és la de començar allà on generalment comença la bona medicina: centrant-se en la persona, en l'ésser humà que es troba malament i que, per tant, busca la manera de trobar-se bé. Des de fa molt de temps s'ha observat que la bona salut conté una qualitat paradoxal: és un bé preciós en ella mateixa, però quan és present en una persona resulta gairebé invisible. Quan el nostre cos funciona sense perturbacions i sense estrès, no ens adonem de la nostra bona salut: senzillament és aquí, com un servent silenciós i fidel.

Aquesta experiència ens dóna el fonament per a una definició: entenem per “salut” una experiència de benestar i d'integritat de la ment i del cos. La caracteritza una acceptable absència de mals significatius i, en conseqüència, la capacitat d'una persona d'aconseguir els seus fins vitals i de funcionar en contextos socials i laborals ordinaris. Amb aquesta definició volem subratllar l'èmfasi tradicional que se sol fer sobre la integritat i el bon funcionament del cos, sobre l'absència de disfuncions i sobre l'aptitud o la capacitat per actuar en el món que se n'esdevenen.

La nostra definició difereix de la definició, molt influent, que en va donar l'OMS el 1947, on es fa referència a la salut com un “benestar complet, físic, mental i social”. No és possible ni ha estat mai possible per a la medicina de procurar un benestar “complet”, ni tan sols en l'esfera física, amb la qual té una relació més estreta. Els mals, més o menys greus, formen part de la vida de tota

persona, en un moment o altre, i al capdavall tots acabarem sucumbint-hi. No és menys cert, afortunadament, que un determinat grau de bona salut també forma part de la vida de la majoria de persones i, per tant, el seu manteniment ocupa un lloc molt important en els fins de la medicina. Salut i trastorn no són de cap manera una dicotomia ben definida, tal com la malaltia pot tenir un impacte diferent en la vida de persones diferents.

La salut és el concepte central i més decisiu de la medicina, per tal com determina en gran mesura la manera en què entén la seva missió; també hi entren en joc, però, uns altres conceptes, com ara el de mal, el de malaltia, el de malestar, el de trastorn, etc. El terme de “mal” (*malady*) cobreix tota una varietat de situacions, a més de la malaltia, que amenacen la salut; s’hi inclouen les discapacitats, lesions o defectes. Si tenim present aquesta amplitud de situacions, podrem definir “mal” com aquella circumstància en la qual una persona està patint un dany (com ara una mort inesperada, un dolor, una discapacitat, una pèrdua de llibertat o d’oportunitats, o de plaer) o es troba en gran risc de sofrir algun d’aquests danys, en absència d’una causa externa definida. Amb la frase “en absència d’una causa externa definida” es vol distingir entre els orígens interns del mal i tot allò que provindria de la dependència contínua que tenim d’unes causes clarament diferents de nosaltres mateixos (com ara el dolor causat per la tortura o la violència social). El dany, en una paraula, prové de dins de la persona i no pas de fora. Quan parlem d’una “malaltia” (*disease*), ens referim a una disfunció fisiològica o mental basada en una desviació de la norma estadística, que provoca un malestar o una discapacitat, o bé incrementa la probabilitat d’una mort prematura. Per “malestar”/ “patiment” (*illness*), volem significar el sentiment subjectiu d’una persona que el benestar físic o mental és absent o resulta perjudicat i que, per tant, no es pot desenvolupar amb normalitat a la vida ordinària. Per “trastorn” (*sickness*), volem significar la percepció social de l’estat de salut d’una persona, que generalment comprèn la percepció externa que la persona no està funcionant bé, mentalment o físicament.

Quatre fins de la medicina. Tenint aquestes definicions a la mà, podem intentar de reinterpretar els fins de la medicina. Caldria remarcar, de bell antuvi, que sobre dues qüestions hi va haver un gran desacord al nostre grup. La primera qüestió partia del dubte de si és útil o raonable d’intentar prioritzar els fins de la medicina. Hi ha alguns fins comparativament més importants que els altres? Cal considerar que alguns tenen una prioritat lògica? Després d’un dens debat vam arribar al consens que no és útil, ni tampoc realment possible, de

determinar prioritats fixes. Una sèrie de persones diferents tindran necessitats sanitàries diferents, i, a la vegada, les necessitats d'una persona poden variar durant el curs de la mateixa malaltia. Sobre aquest punt també hi va haver alguna discussió sobre si seria millor parlar dels “valors fonamentals” de la medicina, en comptes dels fins de la medicina; o si no caldria considerar els “fins” més com uns ideals de referència que no pas com a metes formals. En conjunt, vam estar d'acord que el llenguatge dels fins continua sent útil.

Una part del debat sobre la prioritització dels fins va portar a una segona qüestió, la de l'estatus que cal assignar a la promoció de la salut i a la prevenció de les malalties com a fi de la medicina. Hi va haver un acord complet sobre la seva importància. Ara bé, atès que aquests fins exigeixen estratègies que s'endinsen per terrenys externs a la medicina mateixa, i atès que donar una prioritat massa alta a la prevenció primària implicaria, o semblaria implicar, un abandonament de les persones malaltes, hi va haver una resistència a donar-li cap prioritat, encara que fos lògica. Per tant, només volem subratllar la seva importància, que és tan certa com la dels altres fins que especifiquem. A cap d'aquests fins no li donem una prioritat fixa; la seva importància més gran o més petita dependrà de les circumstàncies.

• ***La prevenció de les malalties i les lesions; la promoció i el manteniment de la salut.*** La promoció de la salut i la prevenció de les malalties formen part dels valors fonamentals de la medicina, i això per tres raons. En primer lloc, el sentit comú diu que és preferible d'evitar les malalties i les lesions sempre que sigui possible. Un deure primari dels metges i dels professionals de la salut en general és el d'ajudar els pacients a trobar-se bé i educar-los amb els millors mitjans que sigui possible. Hi haurà qui reivindicarà que els metges que ajuden els seus pacients a mantenir-se sans els fan tant de servei com les persones que en tenen cura després d'una lesió, malaltia o invalidesa. Mai no es destacarà prou la importància de la promoció de la salut en el cas dels nens, que encara es moren en altes proporcions a molts llocs del món. Un dels fins més antics de la medicina ha estat el d'ajudar la gent a viure més harmoniosament amb el seu entorn, un propòsit que caldria buscar des del començament de la vida fins al seu mateix final. El nostre grup va voler subratllar un cas de prevenció de la malaltia en particular: l'enorme perill que el tabac planteja a la salut, i la necessitat d'educar els joves perquè no comencin a consumir-ne, i els més grans perquè deixin de fer-ho.

En segon lloc, es van acumulant les mostres (encara que no sense controvèrsia) que alguns esforços per promoure la salut i per evitar les malalties

tindran conseqüències econòmiques beneficioses, perquè reduiran la taxa de morbiditat i de malalties cròniques en edats avançades. Alhora, i encara que no siguin barats, aquests esforços són formes rendibles de mantenir la salut. D'altra banda, una insistència més gran sobre la promoció i la prevenció també pot reduir la dependència de l'alta tecnologia, que és típica de la medicina de cura intensiva, i així contribuir a reduir la predominança i l'exagerat atractiu, sovint excessius, d'aquesta darrera.

En tercer lloc, és important de transmetre, tant a la professió mèdica com al públic en general, que la medicina és més que una disciplina que només socorre i s'ocupa de persones que ja estan malaltes, i que els sistemes d'assistència sanitària són molt més que simples sistemes per atendre el malalt. Assignar un lloc preferent a la promoció de la salut i a la prevenció de les malalties faria palès a tothom, dins i fora de la medicina, que insistir-hi produeix uns considerables beneficis socials i individuals.

Quan parlem sobre la promoció de la salut i la prevenció de les malalties com una finalitat bàsica de la medicina, no volem minimitzar dos punts: que la mort només es pot posposar, mai vèncer; i que la malaltia en general no es pot superar, sinó només algunes malalties, les quals al seu torn aniran essent substituïdes, al llarg de la vida, per unes altres malalties. La prevenció de la malaltia en general no pot, per tant, tenir una absoluta prioritat sobre cap altre fi de la medicina. Tothom, en un moment o altre, estarà malalt, o bé patirà una lesió o una discapacitat, i en aquest moment els altres fins de la medicina passaran a un primer pla.

Més enllà d'aquestes condicions, hi ha molts d'obstacles en el camí cap a la promoció de la salut i la prevenció de les malalties. Ens manquen bones dades sobre els costos dels programes de promoció de la salut i la seva rendibilitat. També s'ha argumentat en ocasions que, atès que els determinants principals de l'estat de salut són els ingressos, la classe social, l'educació i les oportunitats socials en general, la medicina com a tal pot fer molt poc per canviar de manera significativa l'estat de salut de la població. Com a més, pot fornir algun tipus de pal·liatiu, una vegada que la persona ja està malalta. En aquest mateix sentit, s'ha afirmat que intentar centrar l'atenció sobre la manera d'influir en la conducta individual i de modificar-la podria venir a ser com "blamar la víctima", com si la seva conducta fos la causa última de la mala salut. Des del punt de vista de la salut pública, no és evident que en la causació de malalties els factors socials són molt més importants que el comportament individual? No demostren la genètica i altres formes de

coneixement mèdic que, sovint, les malalties individuals estan relacionades amb causes genètiques?

Aquests punts de vista no són pas irreconciliables. Tenir dades fiables sobre la rendibilitat és important; no hi ha cap raó per mostrar-se més escèptic respecte de la promoció de la salut que de qualsevol altra branca de la medicina. Pel que fa al problema de “blamar la víctima”, fins i tot enfront de fortes pressions socials, els individus poden canviar d’estil de vida –i, de fet, ho fan–, ja sigui deixant de fumar, controlant les begudes alcohòliques, perdent pes o començant a fer exercici. La conducta individual és la variable a través de la qual es filtra sempre una gran part de la influència social. Encara que no sigui possible un canvi individual total, o que en molts casos sigui molt poc probable, des d’un punt de vista econòmic i personal fins i tot els canvis molt petits poden comportar una considerable millora. També és evident que les diferències culturals que es poden canviar, per bé o per mal, influeixen de manera molt significativa en la conducta individual.

Potser el més important és que, en considerar la prevenció de les malalties i la promoció de la salut com a valors fonamentals de la medicina i de la salut pública, en els propers anys es podria establir una relació de treball més estreta entre aquests dos camps bàsics de l’assistència sanitària (medicina i salut pública), que durant massa temps han treballat separatament, i sovint fent-se la competència. Fa molta falta una cooperació més gran entre ells. La salut pública és en una bona posició (quan pot disposar d’un suport financer adequat), gràcies a les seves capacitats epidemiològiques per rastrejar les pautes de les malalties, dels accidents i de les discapacitats, si vol posar aquest coneixement a disposició dels metges. La medicina, pel fet que se centra en els pacients presos un per un, es troba en una posició única per a aconsellar-los i també –gràcies als historials mèdics familiars, a les proves i a d’altres tècniques de què disposa– per a identificar els qui tenen més risc de posar-se malalts. Com més puguin coordinar les seves capacitats la salut pública i la medicina clínica, millor serà per a totes dues. Un abordatge intel·ligent de la promoció de la salut haurà de prendre consciència de la importància de les condicions de vida –econòmiques, laborals i socials– que hi ha al rerefons de l’estat de salut. Com que la medicina pot integrar més bé els seus esforços amb d’altres institucions socials i públiques orientades cap al benestar de la població, li toca fer-ho al més aviat possible.

• ***L’alleujament del dolor i del sofriment causats pels mals.*** Mentre que hi ha malalties, com ara la tensió alta, que no produeixen símptomes immediats,

la majoria de la gent recorre a la medicina per aconseguir un alleujament del dolor i del sofriment. El cos els fa mal d'alguna manera i volen ajuda, o bé estan psicològicament sobrecarregats i cerquen un alleujament. I, sovint, s'experimenta dolor i sofriment al mateix temps. El dolor i el sofriment, tanmateix, encara que sovint estiguin junts en un pacient, no són necessàriament el mateix. El dolor es refereix a una aflicció física extrema, i té moltes varietats: palpitations, punxades, cremors. El sofriment, en canvi, es refereix a un estat de sobrecàrrega o d'opressió psicològiques, caracteritzat típicament per la sensació de por, terror o ansietat. Un dolor sever i implacable pot ser una font de sofriment, però el dolor no sempre porta sofriment (especialment si el pacient sap que és temporal o que forma part d'un procés de cura). Ni tampoc el sofriment comporta sempre dolor: una gran part del sofriment provocat per les malalties mentals, o simplement les pors ordinàries de la vida, no inclou necessàriament un dolor físic.

Alleujar el dolor i el sofriment forma part dels deures més antics del metge i és un fi tradicional de la medicina. Per un bon nombre de raons, tanmateix, la medicina contemporània, arreu del món, moltes vegades no aconsegueix aquest objectiu. Diversos estudis realitzats al llarg de molts anys han mostrat que la manera com els metges entenen i practiquen la pal·liació del dolor varia molt. Massa sovint, la pal·liació del dolor és inadequada o inapropiada. De vegades els metges, a l'hora de fer el millor ús dels mètodes moderns de pal·liació, es troben intimidats per lleis o costums referits als narcòtics. A molts indrets del món, els narcòtics necessaris ni tan sols es poden obtenir; i, irònicament, això passa a països que es poden permetre dedicar diners a tractaments tecnològics molt cars, com és el cas de la quimioteràpia per al càncer. Tant als països desenvolupats com als països en vies de desenvolupament hi ha grans deficiències en l'educació sobre les maneres d'alleujar el dolor i d'aplicar els coneixements existents, i manca suport mèdic i cultural per garantir l'accés automàtic a mètodes pal·liatius acceptables. La medicina pal·liativa és un camp emergent de gran importància, que tracta un tema complex i encara no comprès del tot. Mereixeria un suport decidit perquè progressés de manera adequada.

L'alleujament del sofriment no es troba pas en una situació millor. Mentre que hi ha un bon coneixement dels tractaments farmacològics efectius per a l'alleujament del dolor, pel que fa als sofriments mentals i emocionals que poden acompanyar la malaltia, sovint no són ni reconeguts ni tractats adequadament. Massa sovint es deixa en mans dels medicaments uns tractaments que

requereixen orientació psicològica i empatia. El fracàs d'alguns metges a l'hora de tractar el seu pacient com una persona completa, i no merament com una col·lecció d'òrgans, comporta que es pot passar completament per alt el sofriment psicològic o considerar-lo com una cosa de poca importància; això, si és que s'arriba a percebre d'alguna manera.

El que falla aquí és entendre que tenir por de la mala salut, de la malaltia i del sofriment pot causar sovint tant de patiment com la seva existència real. L'amenaça que representa el dolor possible, la malaltia o la lesió per a un mateix pot ser profunda, i pot arribar a ser tan gran com els efectes que tindria en el cos la realitat temuda. És lògic, doncs, que es cridi el metge per a ajudar a eliminar aquestes ansietats. És perfectament acceptable parlar de malestar sense malaltia, i aprendre a copsar uns estats i unes experiències que no es poden reduir a cap falla orgànica. Una perspectiva holística sobre la salut ha d'ajudar a posar uns nous fonaments per al tractament d'aquest aproximadament 50 per cent de pacients que necessiten ajuda, però que no manifesten cap dels símptomes clínics d'una malaltia.

Té una gran importància el sofriment ocasionat pels problemes de salut mental, des de les alteracions severes, com l'esquizofrènia o la depressió, fins als problemes menys greus, però tot i així seriosos, de les neurosis, les fòbies i els trastorns de personalitat. No tots els problemes de salut mental tenen una malaltia com a causa, i és important no exigir cap base biològica per justificar de prendre's seriosament aquests problemes. El conjunt de trastorns mentals, ben reconeguts mèdicament, afecta milions de persones arreu del món. Tot i això, i atès que els seus símptomes inicials es poden presentar com a expressions de sofriment difuses o indiferenciades, els centres d'assistència primària, que tendeixen a ocupar-se sobretot d'aquelles disfuncions relacionades clarament amb patologies determinades, massa sovint ignoren o minimitzen aquests problemes.

La disparitat entre l'assistència que reben els malalts físics, ben subvencionada públicament, i la que reben, de manera molt més limitada, els malalts mentals expressa un estereotip persistent: que la malaltia mental és menys important que la malaltia física. Una malaltia mental pot, de fet, comportar tant de sofriment i tanta incapacitació com els mals físics. D'altra banda, és molt important que mèdicament s'entengui la diferència entre les malalties amb una base orgànica i els trastorns funcionals que poden expressar unes condicions socials perjudicials. I la medicina ha de reconèixer que moltes for-

mes de sofriment humà –la guerra, la violència, la traïció a la confiança– no tenen res a veure, pel que fa a les causes, amb la mala salut o la malaltia.

Fins quin punt ha d'arribar la medicina en l'alleujament del sofriment? El nostre grup es va mostrar dividit, per exemple, pel que fa a la qüestió de l'eutanàsia i del suïcidi assistit mèdicament –totes dues pràctiques, històricament prohibides per la majoria de codis deontològics– com a resposta mèdica al sofriment dels malalts terminals o incurables. Tot i així, vam estar d'acord a considerar que la qüestió adquirirà més importància durant els propers anys, a mesura que la medicina avanci en la comprensió dels seus deures, i dels límits d'aquests deures, envers els qui pateixen. Alguns sofriments concomitants a les malalties s'entenen com una resposta a la malaltia mateixa. Una malaltia pot provocar por, desesperació, un profund sentiment de fatiga, ansietat de cara al futur o un sentiment fort de desamparament i de futilitat de l'existència. A aquests malalts, el metge i els altres professionals de la salut els haurien de respondre amb sol·licitud i empatia i, quan sigui possible, amb orientació psicològica. Però alguns sofriments, especialment quan estan relacionats amb un estat crònic o terminal, poden suscitar en els pacients preguntes sobre el sentit mateix de la vida, o del bé i del mal, o del fat i el destí personal; qüestions que solen ser considerades de naturalesa espiritual o filosòfica i no pas mèdica.

Per què estic malalt? Per què m'haig de morir? Quin és el sentit del meu sofriment? La medicina, com a tal, no pot oferir respostes a preguntes com aquestes, que no pertanyen al seu camp. I tanmateix, els pacients recorren a metges i infermers, com a éssers humans que són, esperant que tinguin alguna mena de resposta. És aleshores quan, des del nostre punt de vista, els professionals de la salut han de recórrer a la seva experiència i a la seva visió del món, simplement comportant-se com un ésser humà enfront d'un altre ésser humà, i partint no solament dels seus coneixements mèdics sinó dels seus sentiments de compassió i confraternitat humana. De vegades, tanmateix, fins i tot l'atenció més empàtica i la cura pal·liativa més avançada trobaran límits infranquejables. Aleshores, la medicina haurà de reconèixer les seves mateixes limitacions: no tot en la vida pot quedar controlat o resolt per una medicina tan finita en les seves possibilitats com finits són, en les seves possibilitats, els éssers humans als quals serveix.

• ***L'atenció i el guariment dels malalts; la cura que es pot donar als malalts incurables.*** En general, el pacient recorre a la medicina quan se sent malalt, quan ha pres mal o perquè pateix mentalment o físicament. La medicina, per la seva banda, hi respon buscant la causa del mal, suposant que podrà trobar-

la en un òrgan o en un membre danyat o malalt. Quan es demostra que és així, la medicina busca la manera de guarir el mal i de retornar el malalt a un estat de benestar i a un funcionament normals. Però els pacients no li solen presentar al metge el seu òrgan malalt, encara que sàpiguen o sospitin que a l'òrgan hi ha la raó per la qual es troben malament. Els pacients solen buscar alguna cosa més que només el guariment; cerquen empatia i comprensió. Els pacients, com a persones, porten la malaltia i la lesió davant els metges, perquè això és el que experimenten més directament en la seva subjectivitat i el que sol motivar-los a buscar remei. Es presenten *ells mateixos*, i és en aquestes “persones que es presenten” que han de tenir el punt de partença tant la cura com l'atenció mèdica.

En la seva ànsia per guarir pacients, la medicina moderna sovint ha negligit la seva funció d'atenció humanitària. És com si diguéssim que, si es pot trobar un guariment per a la malaltia, quina falta fa tenir cura del seu portador? Aquesta manera de pensar és profundament equivocada. En molts casos, és clar, es pot acceptar una tècnica del tot impersonal, i fins i tot és desitjable que sigui així; pensem en el cas de les traqueotomies d'urgència, de la reanimació cardiopulmonar o de molts tipus de cirurgia d'alta tecnologia. Però és molt més habitual que s'hagi de tenir cura del malalt. I això no consisteix simplement a manifestar interès, empatia i una bona disposició a enraonar amb el pacient. També consisteix en la capacitat de parlar i d'escoltar, posant el coneixement dels serveis socials i assistencials de què es disposa a l'abast del pacient i de la seva família per ajudar-los a fer front a tota la gamma de problemes no mèdics que generalment acompanyen el seu patiment. D'altra banda, és evident que tenir cura dels pacients exigeix necessàriament, com a ingredient essencial, l'excel·lència tècnica.

Un pare o una mare malalts que no poden tenir cura adequadament dels seus fills poden patir molt més per aquesta situació que directament per la malaltia mateix. De la mateixa manera, el cònjuge que té cura d'un malalt d'Alzheimer pot necessitar tanta ajuda com el mateix pacient. La funció sanativa de la medicina abasta tant el guariment com l'atenció. I, en el seu sentit més ampli, la medicina pot sanar fins i tot en aquells casos en què no pot guarir; ajudant una persona a fer front de manera efectiva a les malalties cròniques, la medicina pot procurar-li salut.

La rehabilitació és una part important de la medicina moderna i que va en augment, estimulada pel desenvolupament de molts mètodes nous que permeten que persones lesionades o malaltes recuperin les funcions vitals i es

puguin reincorporar a la societat. És una forma de medicina que se situa en un lloc intermedi entre l'atenció i el guariment: en alguns casos pot restaurar les funcions normals; en d'altres només ho fa parcialment, i de vegades ajuda a alentir una degeneració progressiva. En tots els casos, la rehabilitació requereix una gran despesa de temps i d'atenció, si és que vol tenir èxit, i en aquest sentit necessita una actitud forta i sostinguda d'atencions i d'assistència social. La possibilitat de sanar és molt real, fins i tot quan el cos no pot recuperar el seu estat de funcionament normal.

A les societats que envelleixen, en les quals, per tant, la malaltia crònica és la causa més freqüent del dolor, el sofriment i la mort, i en les quals, en unes altres paraules, el patiment continuarà present sempre, faci el que faci la medicina, torna a adquirir un gran valor el fet de tenir cura dels malalts, més que de guarir-los, després d'una època en què aquesta opció sempre quedava relegada a un lloc secundari. En el cas de les malalties cròniques, cal ajudar els pacients a entendre el seu trastorn, a fer-hi front i a viure amb ell, de vegades de manera permanent. Passats els seixanta anys, moltes persones tindran com a mínim una malaltia crònica i, passats els vuitanta, tres o més. Entre els qui superin els vuitanta-cinc anys, almenys la meitat necessitarà alguna mena d'ajuda per dur a terme les activitats bàsiques de la vida ordinària. Com que els malalts crònics han d'aprendre a adaptar-se a una identitat nova i alterada, una gran part de la feina del professional de la salut s'ha de centrar més en la gestió que en la cura de la malaltia, i en aquests casos "gestió" vol dir donar atenció humanitària psicològica i contínua a una persona que, d'una manera o d'una altra, s'ha d'adaptar a la realitat del seu patiment. Més encara, s'ha suggerit que un dels deus de la medicina pugui ser ajudar el malalt crònic a forjar-se una nova identitat.

Aquesta situació no es restringeix de cap manera a les persones de més edat, encara que probablement siguin les més nombroses entre els malalts crònics. Els malalts de sida, els nens discapacitats o els joves lesionats necessitaran tanta atenció d'aquest tipus com les persones grans. De fet, l'èxit de la medicina quan es tracta de salvar vides –tant de nadons prematurs com de nonagenaris– no ha disminuït pas, sinó que ha augmentat la taxa de morbiditat. Ara alguns malalts poden viure, més o menys bé, amb malalties que fa una o dues generacions els haurien portat a la mort. Aquestes persones sol·licitaran, per tant, no solament una medicina més guaridora, sinó també més assistencial.

• ***L'evitació de la mort prematura i la cerca d'una mort tranquil·la.*** La lluita contra la mort, en moltes de les seves manifestacions, és un dels fins essen-

cials de la medicina. Aquest deure, però, sempre s'hauria de formular tenint present –i fins i tot mantenint-hi una saludable tensió– un altre deure de la medicina, el d'acceptar la mort com a destí de tots els éssers humans. El tractament mèdic hauria de disposar d'uns recursos que afavorissin, i no compliquessin, la possibilitat d'una mort tranquil·la. La medicina contemporània, malauradament, massa sovint ha tractat la mort com l'enemic suprem. I això ho ha fet, per exemple, assignant a la investigació sobre les malalties letals una proporció enorme de fons, proposant-se allargar la vida més enllà de qualsevol noció de benefici per a l'ésser humà, negligint de manera lamentable l'assistència humanitària als moribunds, com si el pacient que agonitza hagués perdut el dret a una medicina que li procurés atenció, presència humana i pal·liació efectiva.

L'evitació de la mort prematura. En la lluita de la medicina contra la mort, un dels fins més importants és el de reduir la mort prematura –de manera general, en les poblacions, i de manera particular en els individus–. Un propòsit secundari és el d'oferir una assistència adequada a aquells pacients la mort dels quals ja no es consideraria prematura, però als quals, malgrat tot, els podria ser beneficiós un tractament mèdic. Parlant en sentit ampli, el primer deure de la medicina i dels sistemes d'assistència sanitària hauria de ser el d'ajudar els joves a fer-se vells i, un cop aconseguit això, ajudar els vells a passar la resta de la seva vida de manera digna i confortable.

La noció de mort “prematura” és una noció relativa, ja que depèn de la història, la cultura i dels coneixements, les tècniques i les tecnologies de què disposi la medicina. En general, es pot dir que es produeix una mort prematura quan una persona es mor abans d'haver tingut l'oportunitat d'experimentar les possibilitats principals que ofereix un cycle vital característicament humà. En són exemples l'oportunitat de buscar i obtenir coneixements; establir relacions estretes i afectives amb d'altres; veure que els fills i les altres persones que tenen al seu càrrec es fan grans i s'independitzen; poder treballar o desenvolupar d'alguna manera els talents propis; lluitar per aconseguir els seus objectius a la vida i, en sentit més ampli, tenir la possibilitat i la capacitat de desenvolupar-se com a persona. Dins un cycle vital individual, la mort es pot considerar prematura si, encara que l'individu tingui una edat avançada, se li podria preservar o allargar la vida sense convertir-la en una gran càrrega per a l'individu o per a la societat.

Encara que evitar la mort prematura hauria de ser un dels fins principals de la medicina, seria una equivocació actuar com si tota mort fos prematura,

com també ho seria emfasitzar exageradament l'evitació de la mort a costa d'altres necessitats sanitàries també importants. L'augment de l'esperança de vida per si mateix no sembla un dels fins adequats de la medicina. L'expectativa mitjana de vida als països desenvolupats permet als ciutadans una vida plena, presa en conjunt, tot i que a molts d'ells els agradaria tenir una vida encara més llarga. Certament, no es tracta d'un objectiu personal inacceptable, però, atesos els costos i les dificultats per aconseguir avantatges significatius mitjançant la innovació tecnològica, és dubtós que pugui esdevenir un fi vàlid, a escala global o nacional, ni, de manera més general, un fi de la recerca mèdica.

La cerca d'una mort tranquil·la. Atès que la mort arribarà a tothom, i que els pacients de tots els metges han d'acabar morint, amb tanta seguretat com el metge mateix, la medicina s'ha d'ocupar seriosament de crear unes circumstàncies clíniques que afavoreixin una mort tranquil·la. Una mort tranquil·la es pot definir com una mort en la qual el dolor i el sofriment s'han reduït amb cures pal·liatives adequades; en la qual no s'abandona mai els pacients ni se'ls deixa de banda, i en la qual es considera tan important tenir cura dels qui no sobreviuran com dels qui sobreviuran. És evident que la medicina no pot garantir mai una mort tranquil·la, ni tampoc se la pot fer responsable de com afronta cadascú la seva pròpia mort. Però el que sí pot fer la medicina és evitar de tractar la mort com si fos un accident biològic evitable, o com un fracàs mèdic. La mort és, i sempre ha estat, un resultat inevitable, que ha d'arribar tard o d'hora, fins i tot disposant del millor dels tractaments mèdics. Tota existència arriba a un punt en què un tractament de suport vital és fútil; un punt en què les tècniques mèdiques arriben al límit de les seves possibilitats. Així doncs, una gestió humana de la mort constitueix la responsabilitat final, i potser la més exigent des del punt de vista humà, del metge, que es veu obligat a reconèixer en el seu pacient tant el seu propi destí com a ésser humà com les limitacions inherents a la ciència i a l'art de la medicina, la qual s'ocupa dels éssers mortals, no pas dels immortals.

La retirada del tractament de suport vital. La medicina moderna no ha simplificat pas el problema de la mort, sinó que l'ha fet més complex. Tenint en compte el progrés mèdic i l'evolució constant de la tecnologia, tota societat haurà de disposar d'uns estàndards morals i mèdics per decidir la cessació adequada del tractament de suport vital dels malalts terminals. És important que, quan sigui possible, els pacients i les famílies tinguin un paper significatiu a l'hora de prendre decisions d'aquest tipus. Els criteris per a la retirada del tractament hauran de considerar els problemes que suposa el tractament per al

pacient, el possible benefici del tractament a l'hora de mantenir una forma de vida acceptable pel pacient i la disponibilitat de recursos per a tractaments agressius en atenció d'aguts. Les exigències que recauran sobre el metge, atès el seu poder en aquestes circumstàncies, que és molt gran, poden ser considerables. En una paraula, hauran de posar a la balança les necessitats i la integritat mèdica del pacient, i hauran de facilitar una mort pacífica. El fi adequat de la medicina en aquests casos és promoure el benestar del pacient, mantenir la vida quan sigui possible i raonable, però tot reconeixent que la mort ocupa un lloc necessari en el cicle vital humà i que, per tant, no se la pot considerar com l'enemic. Els autèntics enemics són la mort en el moment inesperat (massa aviat en la vida), la mort per raons equivocades (quan hi ha mitjans mèdics per evitar-la amb un cost raonable) i la que arriba per tractar el pacient de la manera equivocada (quan s'allarga massa o se'l deixa patir dolors intensos, quan es poden evitar).

FINS ERRONIS DE LA MEDICINA I MAL ÚS DEL CONEIXEMENT MÈDIC

Els fins de la medicina són rics i diversos. En ser capaç d'articular el dolor, el sofriment i la discapacitat en termes laics i de donar-los sentit fent ús, en part, de la ciència i la metàfora, la medicina transcendeix els fins estrictament mèdics. Els usos del coneixement i de les tècniques mèdiques són molt diversos. La majoria són positius, però d'altres poden ser perversos. La medicina pot servir per a salvar vides, però també per a torturar presos; pot servir per a alleujar el dolor, però també per a ajudar a administrar la pena capital; pot servir per a interrompre embarassos i també per a tractar la infertilitat, etc. Quins usos són compatibles amb els fins fonamentals de la medicina i quins no? Els potencials mals usos del coneixement mèdic es poden dividir, en termes generals, en quatre categories: els que són inadmissibles en tota circumstància; els que queden fora de l'àmbit dels fins tradicionals de la medicina, però que serveixen fins socials i individuals moralment acceptables; els que es poden utilitzar només en determinades circumstàncies i amb precaucions i garanties ben definides; i els que, encara que no siguin clarament o palesament incorrectes, provoquen unes objeccions tan serioses que només les raons socials més extremes els poden justificar.

Usos erronis i inacceptables del coneixement mèdic. En general, podem definir un ús erroni o inacceptable del coneixement mèdic com aquell en què la seva finalitat és moralment inacceptable per ella mateixa, o aquell en què és erroni el context en què se'n fa ús. L'ús de tècniques mèdiques per a la tortura, per exemple, és una molt evident perversió de la medicina, que capgira els seus fins en utilitzar un coneixement destinat a alleujar el dolor per infligir-ne. I no és menys pervers el fet d'utilitzar tècniques farmacològiques o neurològiques amb propòsits polítics, com ara els de millorar els resultats d'un interrogatori, convertir els presos en subjectes més passius o bé per provocar terror o ansietat com a mitjans per controlar una persona. En cadascun d'aquests casos, la finalitat mateixa és perversa, i encara s'empitjora amb l'ús de recursos mèdics per a aconseguir-la. En aquest sentit, les societats mèdiques d'arreu del món han condemnat la participació dels metges en l'administració de la pena capital, un paper que també nosaltres considerem incompatible amb els fins de la medicina.

L'ús d'éssers humans per a la investigació mèdica sense el seu consentiment informat, prohibit pel codi de Nuremberg fa gairebé cinquanta anys, és un exemple de mal ús de la medicina per a fins que, altrament, són acceptables. La

prohibició d'aquest tipus d'investigació és gairebé absoluta i és aplicable fins i tot si la investigació pogués salvar vides o comportés altres beneficis importants. Només en el cas de nens i de persones incapacitades jurídicament s'hi poden fer excepcions, i únicament si és per al benefici directe del pacient. Alguns dels signants d'aquest document creuen que l'eutanàsia i el suïcidi assistit mèdicament pertanyen també a aquesta categoria. Consideren que el seu ús per alleujar el dolor o el sofriment, perfectament raonable en ell mateix, no justifica moralment la utilització de tècniques mèdiques amb la intenció directa de provocar la mort d'un pacient, tant si la mort es produeix com a conseqüència directa de l'actuació del metge o de l'aplicació dels coneixements i els medicaments que ell hagi proporcionat. Uns altres signants, però, estan en desacord amb aquesta posició. No donem aquí el debat per resolt.

Usos no mèdics admissibles del coneixement mèdic. Mentre que l'ús acceptat i ordinari de la medicina es fa en nom de la salut, les seves tècniques es poden fer servir per a aconseguir molts objectius que no hi tenen cap relació directa. Si la tortura representa un ús condemnable de la medicina, la cirurgia estètica per canviar o millorar l'aparença d'una persona (completament diferent de la reconstrucció mèdica en cas de lesions o de malformacions) ha estat acceptada des de fa temps. Generalment no planteja cap amenaça al benestar general i, en molts sistemes d'assistència sanitària, el pagament corre a càrrec del mateix pacient. La medicina forense comprèn l'ús de tècniques mèdiques al servei de la justícia penal, com ara la patologia forense, l'ús de coneixements psiquiàtrics en la valoració de responsabilitats penals i la utilització de tècniques d'ADN en la identificació de les empremtes digitals i dels fluids corporals. L'ús del coneixement mèdic en l'àmbit militar ha inclòs tradicionalment la valoració de la capacitat del soldat per entrar en combat.

L'ús de les tècniques mèdiques per a la planificació familiar (que poden tenir objectius mèdics directes o no), entre les quals hi ha la contracepció i l'esterilització, així com l'avortament, és avui ben acceptat gairebé arreu del món. A molts països, aquestes tècniques poden ajudar a controlar l'excessiu creixement de la població i a millorar la condició social i sanitària de les dones, el benestar dels nens i l'estabilitat familiar. L'objectiu general és el de proporcionar als homes, les dones i les parelles el control sobre les seves capacitats reproductives. Això pot servir tant uns fins socials com individuals, en particular en aquells països en què la pobresa, les pressions demogràfiques o tots dos factors alhora es consideren un problema. Reconeixem que, des d'alguns punts de vista religiosos i filosòfics, no tots aquests mètodes són moralment acceptables, i a molts països han donat lloc

a un debat que persisteix. No és el nostre propòsit de comentar aquests debats; només observarem aquí que generalment es considera acceptable arreu del món d'utilitzar el coneixement mèdic per a la planificació i la limitació familiar, sempre i quan hi hagi un consentiment informat, un control i una supervisió mèdica adequats, i l'absència de coaccions legals o socials. La necessitat de formes millorades i econòmiques de control de la natalitat és una matèria d'alta prioritat (vegeu al final la discrepància del grup eslovac).

Usos de la medicina acceptables en determinades circumstàncies. Un aspecte més recent, però també molt controvertit, és l'ús del coneixement mèdic per a millorar o perfeccionar, les característiques humanes naturals. Des de fa algun temps, això s'ha considerat possible gràcies al desenvolupament de les tecnologies genètiques i farmacològiques. Els anys recents també han vist l'emergència d'una medicina predictiva, de formes de detecció precoç de malalties hereditàries, diagnòstic prenatal i teràpia fetal. La major part d'aquestes darreres possibilitats cauen dins de l'àmbit dels fins establerts de la medicina, i tenen objectius principalment terapèutics o preventius. Però l'ús, en alguns indrets, de l'hormona del creixement humà per augmentar l'estatura de persones baixes, encara que estiguin bé de salut (és a dir, que no tinguin cap deficiència hormonal), amb vistes només a obtenir un benefici social, fa presagiar unes altres formes de millorament que segurament aniran apareixent en el futur. L'ús d'esteroides anabòlics per augmentar el rendiment dels atletes ja és un problema a l'esport amateur i professional.

Tot i que creiem que no és possible ni desitjable d'intentar proscriure els esforços per "millorar" les característiques humanes naturals, trobem que s'imposen una cautela i un escepticisme considerables. Hi ha molt pocs coneixements sòlids que serveixin de fonament als esforços per millorar o perfeccionar la nostra natura; tampoc no hi ha cap consens sobre què cal considerar com un millorament i no hi ha manera de saber si les conseqüències genètiques o socials a llarg termini seran positives o negatives. Tampoc no hi ha enlloc cap consens social sobre quina seria la millor manera de posar en pràctica aquest hipotètic programa de millorament, sobre com es podria fer de manera equitativa ni, en darrer lloc, si justificaria la desviació de recursos des d'altres necessitats o fins mèdics més establerts. La càrrega de la prova correspon, en gran mesura, als partidaris de proposar uns determinats plans de millorament humà i posar-los en funcionament. Podria ser que, sota determinades circumstàncies, es pogués admetre, però no hauria de ser fàcil de justificar –i probablement no hi sigui–. En aquest punt s'imposa molta precaució, i caldria regular-ne tots els aspectes de manera molt estricta.

Usos inacceptables de la medicina, excepte en circumstàncies molt excepcionals. El coneixement genètic ha arribat a un punt en què podem obtenir ja in utero, o molt poc després del naixement d'un individu, alguna informació predictiva raonablement sòlida sobre la seva salut futura. El Projecte Genoma Humà i d'altres formes de recerca genètica probablement milloraran molt la futura capacitat predictiva de la medicina. Mentre que pot ser admissible l'ús de la medicina predictiva per a aconseguir un millor autoconeixement o per a elaborar possibles estratègies preventives, és probable que aquest tipus de coneixement també generi cada vegada més pressions, tant socials com individuals, per a estigmatitzar persones i per a amenaçar les seves futures possibilitats d'ocupació, assegurança i benestar. En aquest cas, es tractaria d'uns usos inacceptables de la informació mèdica. Ja l'existència de la diagnòsi prenatal ha creat pressions adreçades a evitar de donar a llum criatures potencialment deficients i discapacitades, i també per fer avortar fetus femenins, un abús que es practica a molts indrets del món. No oblidem que aquestes tecnologies es van introduir durant els anys seixanta simplement com uns recursos neutres per a augmentar el coneixement i les opcions en aquest àmbit.

La difusió de la malaltia de la sida ha generat a molts llocs un conflicte aparent entre la necessitat pròpia de la salut pública d'identificar els portadors del virus i de rastrejar les vies de contagi, per una banda, i l'obligació de protegir la privacitat i les llibertats civils d'aquests portadors, per l'altra. Podria ben bé ser, és clar, que en aquest punt no hi hagués un conflicte real. Potser mantenint la relació de confiança i de privacitat entre el metge i el malalt, el metge es trobarà en una posició més favorable per a encoratjar el pacient a adoptar una conducta socialment responsable. Amb tot, és molt probable que aquest tipus de conflictes augmenti, no solament per la importància que té el fet d'intentar aconseguir amb fermesa els fins propis de la salut pública, sinó també perquè, amb tota seguretat, el coneixement de les amenaces que, a curt o a llarg termini, planen sobre la comunitat propera –i fins i tot arreu del món– esdevindrà més precís i, per tant, més poderós.

En els propers anys, la temptació d'utilitzar el coneixement i les tècniques mèdiques per manipular o coaccionar grups sencers de persones o de societats, en nom del millorament de la salut, del benestar social o del control de costos, s'anirà fent probablement més i més poderosa, i també més seductora encara. Si pensem en el terrible exemple del moviment eugenèsic del final del segle XIX i el començament del XX, convindrem que és tendència que cal vigilar acuradament i a la qual cal resistir-se de manera generalitzada. Ni els avortaments

practicats sota coacció, ni les proves de diagnòstic prenatal i per a la detecció precoç de malalties hereditàries de caràcter obligatori, ni la pressió excessiva per canviar hàbits relacionats amb la salut no són pas riscos teòrics. La coacció exercida, amb mitjans mèdics, sobre les persones representa una amenaça potencial que a molts indrets ja és clara i evident. I tot això és una amenaça a la institució de la medicina i a la llibertat i la dignitat humanes.

L'autonomia i el benestar social com a fins de la medicina. Un avenç molt important de la medicina contemporània a tot arreu, formulat a moltes declaracions internacionals, és el reconeixement cada vegada més gran del respecte que es deu a les persones. Generalment, això s'ha entès com una inclusió més àmplia, tant dins la medicina com dins l'assistència sanitària, del dret a l'autodeterminació personal, de vegades anomenat autonomia. En un cert sentit, la medicina sempre ha procurat la promoció d'una forma o altra d'autonomia; per exemple, l'autonomia funcional de les persones amb alguna discapacitació física o mental. D'una manera més general, la salut dels individus, presos un per un, ha estat una de les preocupacions bàsiques de la medicina. Però més recentment s'ha suggerit que caldria considerar com un dels fins de la medicina, potser fins i tot com el fi únic i autèntic de la medicina, una accepció encara més àmplia de l'autonomia: aquella que la considera com la possibilitat d'una autodeterminació plena en l'exercici de la vida de cada individu. No és veritat que l'objectiu final de la bona salut és la possibilitat de viure la vida pròpia, amb llibertat per fer tot el que sigui possible, sense cap impediment derivat d'un malestar ni d'una malaltia? Si bé és veritat que la salut incrementa el grau de llibertat de què disposa un individu, és una equivocació concebre aquesta llibertat com un dels fins de la medicina. La salut és una condició necessària, però no pas suficient, per a l'autonomia, i la medicina no pot proporcionar aquesta suficiència. Hi ha, en efecte, moltes altres institucions, com ara les educatives, que s'ocupen de promoure aquesta llibertat. És clar que la medicina no és l'única institució disposada o equipada per a promoure la llibertat com un bé, encara que de vegades pugui contribuir de manera important a incrementar l'autonomia individual.

L'àmbit propi de la medicina és el bé del cos i de la ment, no el bé integral de la persona, al qual la medicina només hi pot contribuir; i encara, tan sols pel que fa a alguns aspectes de la vida. La medicina es perjudica a si mateixa quan es considera com un mer instrument per maximitzar les possibilitats d'elecció i per satisfer els desigs individuals; i també quan incita la societat perquè en faci ús, per motius diferents de la recerca de la salut. Potser hi ha alguna ocasió en

què un fi d'aquest tipus pugui resultar acceptable, però això no significa en cap cas que es pugui convertir l'activitat mèdica en un mitjà per a assolir unes finalitats privades.

I tal com seria una equivocació considerar l'autonomia personal com un fi fonamental de la medicina, perquè és un fi excessivament individualista, també ho seria considerar com a fi principal la consecució del benestar social, perquè és un fi excessivament col·lectiu. Si no és suficient la memòria de l'intent de l'eugenèsia mèdica per posar-se al servei d'una visió perversa de la societat, sempre hi ha d'altres raons per ser cauts. No correspon a la medicina determinar quin és el bé general de la societat. Si volgués exercir un paper general en la promoció del benestar social que anés més enllà de millorar la salut dels ciutadans, la medicina hauria de tenir la capacitat de definir aquest bé general i la de determinar quan pot posar les seves tècniques al servei d'uns fins socials o els hi pot subordinar. La medicina no té pas aquesta capacitat; més encara, la seva integritat i els seus fins propis correrien el més gran perill si permetés deixar-se utilitzar d'aquesta manera. Una societat que fes servir la medicina per a eliminar els dèbils o els malalts, que la posés al servei d'uns objectius polítics partidistes, que la fes dependent de l'autoritat política, o fins i tot de la voluntat d'un poble, aviat perdria la seva identitat i la seva integritat pròpies.

ELS OBJECTIUS PRÀCTICS I LES SEVES IMPLICACIONS

Repensar els fins de la medicina hauria d'ajudar a plantejar tres importants qüestions pràctiques: quines haurien de ser les prioritats futures de la investigació biomèdica? Quines són les implicacions dels fins de la medicina per al disseny dels sistemes d'assistència sanitària? Com caldria formar els metges perquè servissin millor els fins propis de la medicina?

Fins de la medicina i mitjans de recerca. Al llarg de bastant més d'un segle, el model dominant a la investigació mèdica ha estat biomèdic: analític i bioquímic, de vegades reduccionista, i ha intentat de determinar les causes i els mecanismes de la patologia física i mental al nivell biològic més profund possible. Com a model, ha obtingut grans èxits. En particular, durant generacions va permetre de reduir en gran mesura les malalties infeccioses (el seu objectiu principal) i, de cara al futur, ofereix la possibilitat de fer el mateix amb totes les malalties, gràcies a la genètica molecular. Quan funciona bé, el model biomèdic no solament es pot aplicar clínicament, sinó que també és molt útil per al metge quan ha de tractar malalties específiques.

Tanmateix, a causa del seu poder, el model biomèdic ocupa una posició excessivament dominant en la medicina moderna. Als països desenvolupats ha resultat inadequat per a resoldre moltes de les necessitats existents i per a desenvolupar moltes possibilitats mèdiques. En alguns països en vies de desenvolupament ha estimulat un desenvolupament desequilibrat cap al vessant més científic, sovint a costa de la qualitat dels serveis assistencials. Hi ha dues mancances generals, que se situen a extrems diferents de l'espectre i que són particularment evidents. Quant a l'àmbit clínic, un model purament biomèdic porta massa sovint a una concepció reduccionista dels pacients, per tal com encoratja el personal clínic a tractar-los, no pas com a persones completes, sinó com a col·leccions d'òrgans o de sistemes moleculars. Aquesta concepció corre el risc de passar per alt falles en un òrgan o un sistema sol, la qual cosa pot afectar en gran mesura la vida del pacient, i alguns altres aspectes de la seva salut. Resulta del tot inadequat en el cas d'una falla multiorgànica, característica de molts pacients d'edat avançada i de pacients amb malalties cròniques o discapacitats, els quals s'han de construir una nova identitat personal que els permeti de conviure indefinidament amb la malaltia. Un model reduccionista també pot ser incapaç de satisfer les necessitats dels pacients com a persones en tota la seva plenitud i complexitat. Aquest model parteix de la idea que el més important és la lluita contra la mort, considerada com l'enemic suprem; la

medicina que se n'esdevé està dominada, doncs, per la incapacitat d'admetre la inevitabilitat orgànica i (per alguns) religiosa de la mort. Tenint en compte tot això, resultarà molt més beneficiós un model d'investigació que se centri en la interacció entre les diferents afeccions i els seus efectes en el conjunt de l'organisme, un model que inclogui la interacció dels nivells macroscòpic i microscòpic dels organismes humans.

Pel que fa a l'àmbit de la recerca sobre la població i la salut pública, un model biomèdic reduccionista no es mostra menys deficient. Per començar, el fet que el context i l'entorn influeixin profundament la manera com es manifesta una malaltia, demostra que hi entren en joc molt més que causes i reaccions bioquímiques. A més a més, la recerca epidemiològica ha demostrat que la classe social, el nivell d'ingressos, l'educació i una gran varietat d'altres factors socials afecten poderosament, per vies encara no prou conegudes, la incidència i la prevalença de les malalties. Cal admetre, doncs, que en la manera com cursa una malaltia hi intervenen un gran nombre de factors. El que precedeix posa en qüestió moltes de les suposicions sobre què és considera recerca útil. L'epidemiologia ajuda a comprendre el comportament general de diverses malalties en la societat, una cosa que el model biomèdic, o la recerca unilaterial orientada només cap a la malaltia, no pot fer. Més específicament, l'epidemiologia revela uns patrons de mortalitat que mostren que les causes de la mort no s'eliminen, sinó que es traslladen des d'un grup de malalties a un altre (la taxa de mortalitat per malalties del cor baixa entre les persones més grans, però puja la taxa de càncer), i també uns patrons de morbiditat que ajuden a explicar les maneres diferents en què les persones, amb més o menys èxit, envol·leixen i s'adapten a les malalties cròniques.

Dues reformes imperatives en la recerca. Sembla obligat d'emprendre dues reformes fonamentals en el camp de la recerca. La primera és augmentar l'ús del model biopsicosocial al nivell clínic per promoure la investigació sobre la interacció dels factors biomèdics i genètics i els factors socials i psicològics, pel que fa a les causes i a les manifestacions de les malalties. Això serà particularment important amb el coneixement genètic que s'anirà obtenint gràcies al Projecte Genoma Humà, que podria resultar confús i nociu si se l'extreu del seu context ambiental i social i si es fa un ús erroni del seu sentit social. Un altre objectiu de la recerca, estrictament relacionat amb aquest, que hauria de rebre més atenció és el dels aspectes qualitius de la salut i la malaltia: les maneres en què els individus interpreten i responen a la malaltia, i la manera en què les societats i les cultures configuren els sentits atribuïts a la salut i a la malaltia. La investigació antropològica, sociològica i psicològica tindria així la mateixa

importància que la investigació biomèdica dominant. Per tant, cal desenvolupar encara més l'antropologia i la sociologia, com a disciplines importants que són. Unes bones línies d'investigació, que podrien donar resultats molt fructífers, són les que s'ocupen de la "qualitat" de l'assistència sanitària, de les expressions culturals i econòmiques de les "necessitats" mèdiques i de la dinàmica de la "comunicació" entre metge i malalt.

La segona reforma consistiria en una inversió molt més gran en la investigació sobre epidemiologia i salut pública. Aquesta inversió serà probablement tan productiva a l'hora de presentar i de comprendre adequadament les causes i les conseqüències de les malalties com el treball paral·lel que es fa en l'àmbit de la genètica molecular. Disposar de bones dades epidemiològiques és particularment important quan cal promoure la salut. Aquestes dades poden ajudar no tan sols a educar les persones sobre com tenir cura d'elles mateixes, sinó també a reduir la confusió i l'escepticisme induïts per la informació escassa, de vegades contradictòria i canviant, sobre els riscos i els beneficis per a la salut. Cal retornar al lloc que per dret li correspon l'enfocament poblacional de la salut, que en el seu moment havia estat prou rellevant, però que durant les darreres dècades s'havia anat deixant una mica arraconat. I aquesta és precisament la clau de l'èxit dels programes per a la prevenció de les malalties i la promoció de la salut. Què es pot fer per canviar uns comportaments poc saludables? Quins són els millors mitjans per prevenir les malalties? La recerca sobre la prevenció de les malalties i la promoció de la salut ha estat malauradament deficient, en comparació amb la investigació biomèdica estàndard, la que s'ocupa del tractament directe de les malalties. Tant pel que fa a la medicina clínica com a la salut pública, cal impulsar molt més les capacitats de recerca en ciències socials. Seria tan oportú fer estudis epidemiològics d'abast mundial, que poguessin seguir la pista de les causes socials de la malaltia, com els esforços que es fan actualment en vistes a obtenir el mapa del genoma humà. Però, sigui com sigui, persisteixen les desigualtats en el camp de la recerca. Tal com ho ha fet observar l'OMS, només un 5 per cent de les despeses globals per a la recerca en el camp de la salut s'ocupa de les necessitats dels països en vies de desenvolupament, els quals pateixen un 93 per cent de la mortalitat prematura mundial.

Malalties infeccioses i cròniques. La necessitat d'investigar aquestes malalties, que encara ocasionen moltes morts prematures, és el compromís evident d'una medicina que considera com una de les seves principals prioritats la d'ajudar la gent a viure plenament la seva vida. És especialment important incrementar la investigació sobre les malalties i les afeccions que amenacen la vida

dels nens, dels joves i dels adults de mitjana edat. En alguns llocs del món, aquesta investigació exigirà prestar més atenció a la salut pública –és el cas de l'Europa Central, amb la seva alta taxa de mortalitat per malalties cardiovasculars–, mentre que, en uns altres llocs, caldrà centrar-se molt més en la recerca bioquímica –en vistes a controlar millor la malària i altres malalties tropicals, per exemple. El ressorgiment mundial de malalties infeccioses és un objectiu evident de la investigació. Què està passant, i per què, i què hem d'entendre encara sobre la persistència de les malalties infeccioses? La recerca sobre les cures pal·liatives i sobre el control del dolor està encara en els primers estadis, i és un ingredient necessari si es vol aconseguir una millor assistència mèdica, tant per als malalts aguts com per als crònics.

En els propers anys, un dels desafiaments principals arreu del món serà el de les malalties cròniques i, més en particular, les possibilitats de millorar la qualitat de vida de les persones que en pateixen. Serà important, per tant, proporcionar a la investigació els recursos necessaris per a detectar i comprendre aquest fenomen. La investigació pot ajudar a trobar millors maneres de tractar aquesta morbiditat i les discapacitats que acompanyen unes vides més prolongades. Aquests problemes provocaran uns costos més alts, tant personals com socials i econòmics. I això val tant pel que fa a la cura de les persones grans com de grups específics de joves, com ara els que estan afectats de sida o diabetis. Si, d'una banda, la idea d'una reducció de la morbiditat al final de la vida ha suscitat moltes esperances i actituds optimistes, fins al moment les evidències favorables són més aviat minses. Tampoc no és del tot clar quines estratègies clíniques i de salut pública són les més adequades, quan es pretén de posposar o ajornar el començament d'una malaltia o d'una discapacitat. Tot això conforma un camp molt interessant per a la recerca, que probablement serà més important per al benestar de la societat que la lluita continuada contra les malalties letals. Irònicament, però, el ressorgiment de les malalties infeccioses obligarà, a molts llocs, a sostenir una lluita a dos fronts alhora.

Avaluació de la tecnologia i investigació dels resultats. Una de les característiques principals de la medicina contemporània és la seva forta dependència clínica i econòmica de la tecnologia, tant per al diagnòstic com per a la rehabilitació i la terapèutica. Encara que la tecnologia domina més als hospitals que a l'assistència primària, és una font de gran orgull per als investigadors, molt demandada tant per part de la població com dels professionals, i alhora també un focus de tensions econòmiques. Una gran part de la tecnologia mèdica és extraordinàriament beneficiosa –i cal posar les vacunes i les immunitzacions al lloc més alt de llista–. Però una altra part és poc beneficiosa i, potser, el més freqüent és

que el benefici sigui incert. No obstant això, les ambicions econòmiques de les indústries farmacèutiques i d'equipament mèdic promouen una innovació constant; paral·lelament, les societats que envelleixen generen cada vegada més necessitats i desigs; la formació dels metges està orientada cap a l'ús de la tecnologia, i el públic acostuma a demanar solucions tecnològiques senzilles, molt més atractives que els canvis d'estil de vida –com la dieta i l'exercici, per exemple–, canvis que, a la llarga, poden produir uns resultats més bons.

Per totes aquestes raons, en el futur caldrà incrementar en gran mesura la investigació sobre una gran varietat d'aspectes de la tecnologia mèdica, incloent-hi els sistemes d'informació i de processament de dades, juntament amb les modalitats de diagnòstic i de tractament. Cal encoratjar els esforços creixents per a l'avaluació de la tecnologia i la investigació dels resultats, i donar-los un millor suport financer. Aquests esforços s'han d'aplicar a la medicina d'alta tecnologia, que generalment es troba a les clíniques i hospitals, i a les diverses formes de medicina de tecnologia menys complexa, que generalment es troben en l'àmbit de l'assistència ambulatoria. Ara bé, aquests esforços no tindran grans repercussions si no es fa alhora un esforç en el camp de l'ètica i de les ciències socials, a fi de comprendre el rerefons econòmic, professional i moral que configura la manera en què els metges i els altres professionals de la salut responen a les conclusions de la recerca respecte a l'eficàcia i els resultats de la tecnologia. També cal, doncs, una recerca sobre els diversos procediments i mecanismes que poden animar els metges a canviar de conducta quan l'evidència suggereix que ho han de fer.

L'avaluació dels resultats (i el desenvolupament consegüent de directrius per a l'exercici de la professió) mostra la tensió que hi ha entre la medicina entesa com un art i la medicina considerada com a ciència. Aquesta discussió antiga, que no ha estat de cap manera resolta amb la insistència actual en la medicina probabilística, requereix un tractament més a fons. El judici individual mai no pot quedar substituït del tot pel càlcul de probabilitats; més aviat són aquestes probabilitats les que subratllen la necessitat d'una avaluació individual i d'un judici concret i discret. I no és menys urgent que l'avaluació de la tecnologia tingui en compte les conseqüències socials, i no solament clíniques, de la innovació i de les tecnologies mèdiques. Quines repercussions tindrà aquesta innovació per a les institucions educatives, per a la família i per al govern? Com podrien canviar les noves tecnologies els propòsits i les prioritats socials i individuals? Aquestes qüestions són tan importants com les que es relacionen amb l'eficàcia clínica de les noves tecnologies, com també ho és l'examen acurat de la pràctica habitual d'introduir les noves tecnologies abans que estiguin del tot

avaluades. L'adopció prematura de tecnologies fa augmentar els costos i fa més difícil frenar o eliminar l'ús de les que no demostren la seva efectivitat o els seus avantatges en termes de costos. Per tot això, cal prestar també molta atenció a la medicina predictiva, que fa ús dels nous coneixements en genètica, perquè, per bé que pot ajudar molta gent, també pot generar coneixements poc fiables o molt ambigus. De moment, no es pot dir que el seu valor sigui de cap manera evident.

Medicines alternatives. L'actitud de la investigació biomèdica contemporània envers els mètodes alternatius, no al·lopàtics, de diagnosi i de tractament ha tendit a l'escepticisme i, fins i tot, a un evident menyspreu. Però, durant molts segles, la medicina alternativa ha contribuït significativament a la salut i al benestar de molta gent, i encara és així a molts països, especialment a la Xina. Es pot mantenir, al mateix temps, una mentalitat oberta sobre la medicina "tradicional" i avaluar-ne científicament l'eficàcia. A molts països desenvolupats, entre un 30 i un 40 per cent dels usuaris s'adrecen a les formes alternatives de la medicina. Aquest fet demostra l'existència d'una important manca de fe en la medicina científica actualment establerta, alhora que mostra una impaciència per trobar formes de tractament més satisfactòries que les establertes per l'assistència sanitària al món occidental. Cal deduir-ne, per tant, que cal prendre en consideració allò que la medicina tradicional ofereix als pacients. La relació ment-cos, un tema esquívol, però central en la natura humana, hauria de convertir-se en objecte d'investigació, tant de la medicina científica com de la tradicional.

Els fins de la medicina i la prestació d'assistència sanitària. Encara que, ni en el millor dels casos, la medicina no pot per si sola proporcionar bona salut a una societat, sí que pot contribuir enormement a aquest fi, exercint el seu paper dins els sistemes d'assistència sanitària. En el futur, aconseguir-ho exigirà una coordinació més gran de la medicina amb la salut pública i un conjunt de prioritats per als sistemes d'assistència sanitària que emfasitzin les possibilitats més importants de la medicina. La que ha estat anomenada "nova salut pública" està treballant molt seriosament per desenvolupar unes relacions més estretes entre les facultats de medicina i les escoles de salut pública, i també entre les associacions mèdiques i les de salut pública.

Una de les tasques més importants dels pròxims anys serà la d'establir prioritats clares i significatives. Aquestes prioritats s'han de basar en un millor coneixement mèdic, humanístic i social, i s'han de vincular acuradament amb els recursos socials disponibles. Considerem evident que tota societat civilitza-

da ha de garantir per a tots els seus ciutadans un nivell bàsic adequat d'assistència sanitària, independentment del seu poder adquisitiu (vegeu al final la discrepància del grup danès). Més enllà d'aquest mínim bàsic, que es pot finançar mitjançant impostos generals o plans d'empreses, els pacients han de ser lliures de gastar-se els diners per a aconseguir beneficis addicionals. Però la clau per a una millor salut pública serà sempre un sistema sanitari nacional, el qual ha de tenir unes prioritats molt clares.

Establiment de les prioritats. Com s'haurien d'establir les prioritats per als serveis d'assistència sanitària? El procediment ideal per a establir prioritats hauria d'implicar tots els afectats pels sistemes d'assistència sanitària: el personal mèdic i sanitari, els funcionaris de l'Administració, els empresaris i els ciutadans, els quals s'esforçarien a representar els interessos tant dels malalts com de la societat. Els debats públics i professionals, les enquestes d'opinió i l'educació ciutadana a través dels mitjans de comunicació tindrien un paper integrador de primer ordre. L'objectiu hauria de ser el de desenvolupar, tant com sigui possible, un consens nacional, o almenys consensos locals, que fossin considerats per tothom com a equitatius pel que fa als procediments i als principis directors, i defensables científicament. En la mesura en què un sistema d'assistència sanitària sàpiga gestionar eficaçment els seus recursos, també serà més racional i aconseguirà treure més benefici dels diners invertits. No hi ha dubte que, a l'hora d'aconseguir més eficiència i més equitat, i a també a l'hora d'establir prioritats, sorgiran alguns dilemes difícils de resoldre; i sorgiran també quan s'hagin de contrapesar les opcions individuals amb el bé comú. No obstant això, si es realitza un debat obert, públic i professional, sobre aquests temes, sorgiran acords. I quan els acords no arribin, el caràcter obert dels debats ha de facilitar, amb el temps, canvis i adaptacions. En un debat així, caldria integrar-hi una discussió sobre els fins de la medicina.

Cal establir les prioritats a dos nivells: primer, el del lloc que ocupen la medicina i l'assistència sanitària dins l'economia general d'un país; després, el del lloc que ocupa la medicina dins el sistema sanitari mateix. A escala nacional, serà important prestar atenció al rerefons social que comporta conseqüències mèdiques i sanitàries (per exemple, la pobresa); també caldrà buscar la manera de procurar una distribució equitativa dels recursos entre l'assistència sanitària i els altres sectors de la societat, i distribuir-los també equitativament dins de l'assistència sanitària mateixa; també caldrà destinar un lloc ben concebut i articulat per a la medicina i a l'assistència sanitària dins dels plans nacionals de desenvolupament (especialment en països en vies de desenvolupament).

pament); i, finalment, serà important garantir el paper decisiu de la població en la determinació de les prioritats.

En l'àmbit del sistema d'assistència sanitària, les estratègies prioritàries haurien de començar a construir-se de baix cap a dalt, assegurant que existeix un bon sistema de salut pública; a partir d'aquí, sobre aquesta base, caldria desenvolupar un nucli d'assistència primària bàsica i un altre d'urgències. L'èmfasi que l'OMS ha posat sobre l'assistència primària des del 1978, amb la finalitat d'aconseguir una assistència equitativa cap a l'any 2000, ha tingut un paper molt valuós en aquest punt. Les necessitats bàsiques dels infants, de les persones d'edat avançada, fràgils i incapaces de valer-se per si mateixes, dels malalts mentals més greus i dels malalts crònics haurien d'entrar a formar part del pla fundacional. Després d'això, a mesura que es puguin obtenir recursos, els sistemes d'assistència sanitària poden proporcionar tecnologies avançades, tant sota la forma d'unitats de cures intensives neonatals i d'adults com de cirurgia a cor obert, de trasplantament d'òrgans, de formes avançades de rehabilitació i de diàlisi renal. Així doncs, un sistema d'assistència sanitària hauria de començar per millorar la salut de la població i, a continuació, en la mesura que hi arribin els recursos, hauria d'anar proporcionant les formes de medicina més cares i més elaborades, que es satisfan millor les necessitats individuals. Un sistema d'assistència sanitària sòlid ha de combinar el respecte i un ús assenyat dels professionals de la salut i de les especialitats que aporten riquesa, diversitat i les tècniques necessàries per tenir cura dels malalts: infermers, treballadors socials, fisioterapeutes i tècnics, que ja treballen majoritàriament en equip amb els metges, i que fan contribucions tan decisives com ells.

El canvi que es produirà, a molts llocs, cap al concepte d'assistència mèdica en equip pot comportar alhora un canvi en les responsabilitats tradicionals dels metges i del conjunt del personal sanitari. Aquest àmbit ha estat massa poc explorat fins ara, però els propers anys pot arribar a ser cada vegada més important. La determinació de les responsabilitats dins els sistemes complexos continuarà essent una necessitat imperiosa, i caldrà reexaminar-la periòdicament.

Gairebé tots els sistemes d'assistència sanitària fallen d'alguna manera en la integració dels serveis mèdics i dels serveis socials, integració que constitueix una necessitat particularment important quan es tracta de les persones grans i dels malalts crònics. Aquesta integració tindrà un aspecte *econòmic*, que inclourà la creació de programes socials i de formació per a les persones grans; un aspecte *sociocultural*, amb un esforç per encoratjar el tipus de relacions

familiars que afavoreixen la cura de les persones grans i dels malalts crònics; un aspecte *sanitari*, amb el desenvolupament de models i convenis sòlids d'assistència, i un aspecte *psicològic*, amb un treball que millori les condicions espirituals i psicològiques de les persones grans i dels malalts crònics, tot ajudant-los a donar a la seva vida tant de sentit com sigui possible. Els serveis de rehabilitació reclamen una relació especialment bona entre les famílies i els sistemes d'assistència sanitària; i això també és cert pel que fa a l'atenció de les persones amb demència i de les persones grans més fràgils, i a l'atenció domiciliària per a infants.

La medicina i el mercat. No hi pot haver gaire dubte que la més gran de les forces econòmiques que avui actua sobre els sistemes d'assistència sanitària arreu del món és la del mercat. El “mercat” es pot comprendre de maneres molt variades, però potser la millor manera d'interpretar-lo és considerar-lo, almenys en teoria, el mecanisme que permet que els individus, i no pas l'Estat, exerceixen la seva llibertat d'elecció; és també la forma de promoure la distribució més eficient dels béns, a través de la competència lliure i privada, i un mitjà per crear incentius i desincentius que modifiquin el comportament de l'oferta i la demanda. Per a un nombre de països cada vegada més gran, l'orientació cap al mercat combina el desig dels pacients de tenir més possibilitats d'elecció amb la necessitat, per part dels governs, d'alleujar la seva càrrega econòmica i, d'aquesta manera, de forçar els pacients i/o els empresaris a fer-se càrrec d'una part més considerable dels costos de l'assistència sanitària. La privatització, total o parcial, dels sistemes d'assistència sanitària que en un altre temps anaven a càrrec del sistema públic ha estat un dels mitjans més importants per a introduir les estratègies de mercat.

Aquest no és el lloc per entrar en una anàlisi a gran escala de la relació entre la medicina i el mercat, però almenys podem dir el següent: el mercat atorga grans possibilitats a la medicina i a l'assistència sanitària, però no pas per això té menys perills. Les oportunitats que dona són l'ampliació de l'oferta, la possibilitat de millorar l'eficiència econòmica, el control dels costos, un progrés tecnològic més ràpid, una innovació útil i la satisfacció d'un ventall molt ampli de desigs personals. Els perills no són menys evidents. El més obvi és que la reducció de les responsabilitats del govern posarà en perill les seves funcions més importants en el món actual: la de proveir un bon sistema públic de salut que garanteixi un nivell mínim d'assistència sanitària bàsica i acceptable per a tothom, i la de controlar alhora la qualitat i els estàndards professionals. De manera més general, els perills del mercat inclouen la introducció dins la ins-

titució de la medicina d'un conjunt de valors econòmics que li són aliens, ja que els seus fins inherents sempre han estat filantròpics i altruistes, no pas mercantils; una disminució efectiva de la capacitat d'elecció del pacient, malgrat el que defensa la mateixa ideologia del mercat; una distància cada vegada més gran entre l'assistència sanitària que poden obtenir els rics i la que poden obtenir els pobres; la disminució de les funcions dels sistemes d'assistència sanitària que depenen de manera particular del sistema públic (especialment pel que fa a la salut pública); l'incentiu comercial per a desenvolupar tecnologies més cares (i, per tant, més lucratives) per a la medicina individualitzada, en comptes de prevenció i d'assistència primària que requereixen un ús menys intensiu de la tecnologia, i, finalment, l'encoratjament de la població a considerar la medicina com una funció que satisfà unes necessitats i uns desigs que poden ser molt atractius comercialment, però que són ben lluny dels fins tradicionals de la medicina o dels fins proposats aquí. Tot es pot comprar i vendre, tot es pot convertir en mercaderia. Però la mercantilització pot corrompre fàcilment alguns béns, valors i institucions. La salut és un bé humà fonamental, i la medicina és una manera bàsica de promoure'l. Comercialitzar la salut i la medicina, encara que sigui amb l'objectiu d'ampliar l'oferta i de millorar l'eficiència, comporta un risc poderós de subvertir-les. El que hi ha en joc és la integritat de la medicina mateixa. Una privatització i comercialització excessives i desequilibrades de la medicina representen una amenaça terrible per als seus fins autèntics.

Establir les prioritats sota l'ombra del mercat serà particularment difícil si l'Estat no es reserva un paper determinant en la direcció del sistema d'assistència sanitària en conjunt. Els mercats no tenen la capacitat d'establir prioritats socials assenyades o per adherir-se als fins de la medicina. A tots els països, durant els propers anys, es farà necessari determinar un nucli bàsic de serveis per a tots els ciutadans, delimitar clarament els papers respectius dels sectors públic i privat, fomentar la cooperació entre els sectors i fer un esforç en comú per incrementar l'ús més eficient de la informació i de les tecnologies mèdiques. Encara que els membres del nostre grup de recerca procedents de països en vies de desenvolupament subratllaven més aquestes necessitats, enfront de les forces del mercat, aquestes preocupacions no semblen menys aplicables a les nacions desenvolupades del món. Això fa que la solidaritat internacional sigui particularment important. La cooperació i l'assistència mútua en el desplegament, primer, i en l'avaluació de les estratègies de mercat, després, són imperatives.

Els fins de la medicina i la formació dels metges. Durant dècades, pel que fa a la seva orientació docent, la medicina contemporània s'ha centrat en el que ha estat anomenat el model de “diagnòstic i tractament”. D’una recerca científica sobre la malaltia o la patologia, i buscant-hi relacions causals ben fonamentades, s’espera trobar l’explicació de la malaltia tal com l’explica el malalt. Es considera, per tant, que la resposta pròpia de la medicina és una resposta tecnològica, dissenyada per eliminar la causa de la malaltia. Com que en molts casos té èxit, i com que el seu mètode respon a una lògica força simple, el model de “diagnòstic i tractament” continuarà constituint indubtablement el nucli dur i més difós a l’hora de formar metges. Però les mancances d’aquest model són moltes: s’hi distorsionen les relacions metge-malalt, fracassa a l’hora de donar una bona preparació per fer front a les complexitats mèdiques i socials de les malalties cròniques i de les discapacitats, la promoció de la salut i la prevenció de les malalties hi és àmpliament negligida, i les humanitats mèdiques hi ocupen un lloc molt secundari. S’han desenvolupat molt pocs mètodes vertaderament satisfactoris per a avaluar l’efectivitat a llarg termini de l’ensenyament mèdic, i això malgrat els esforços fets arreu per reformar els sistemes de formació, a fi que incloguin maneres de pensar amb més riquesa conceptual. Els mètodes més característics d’avaluació examinen només els coneixements factuais.

Fragmentació del pacient. La deficiència més notòria del model de “diagnòstic i tractament”, com del paradigma d’investigació biomèdica sobre el qual es basa, és que, quan és interpretat de manera simplista, fragmenta el pacient en una col·lecció d’òrgans i de sistemes corporals. El fet que es produeixi aquesta fragmentació de vegades no és gaire important, com ara en el cas de cirurgia d’urgència, però fracassa sovint quan ha de copsar totes les dimensions psicològiques i emocionals de la malaltia del pacient. Massa sovint, allunya els pacients dels metges, els quals semblen preocupar-se pels malalts només en tant que portadors d’unes patologies que cal eliminar. Continua persistent, però, la necessitat d’una relació forta i fecunda entre el metge i el malalt, com la que ha conformat històricament el nucli de la medicina. És tant un punt de partença per a la formació mèdica com l’element clau per a comprendre el pacient com a persona. Al mateix temps, els canvis que es produeixen en la gestió de l’assistència sanitària i en la política de salut pública ampliaran el camp d’acció del personal no facultatiu, alhora que es farà necessària una participació més gran dels metges a l’hora d’encarar la planificació de la salut pública. Aquestes necessitats emergents fan que el model de “diagnòstic i tractament” aparegui com a menys defensable, i fins i tot, de vegades, com a anacrònic.

Caldria introduir els estudiants, des del començament de la seva formació, a tot el ventall que conforma la salut, la malaltia, els trastorns i els malestars, i la seva complexitat. Caldria formar-los perquè estiguin atents als problemes ocasionats per les condicions psicològiques i socials sota les quals viu la gent, vist que cada vegada és més clar que aquestes condicions intervenen decisivament en el decurs de les malalties i en l'ansietat que produeixen. Els factors multicausals que les malalties manifesten i la important informació obtinguda gràcies a l'enfocament poblacional de la salut són d'una importància crucial. La feixuga insistència tradicional, al començament dels estudis de medicina, en l'anatomia, la fisiologia i la bioquímica pot fer arribar als estudiants un missatge equivocat: els fa creure que en aquestes disciplines i en aquestes ciències resideix el secret dels fins de la medicina. Però no en són pas tot el secret, només una part.

Les humanitats mèdiques i les ciències socials. Un enfocament excessivament reduccionista i científic, de la malaltia i el malestar pot ser tan opac com revelador. Una direcció més interessant és la que prenen les reformes educatives que intenten familiaritzar ràpidament els estudiants amb el tracte amb els pacients i amb les humanitats mèdiques. L'objectiu final és una millor integració dels aspectes humà i tècnic de la medicina: aconseguir-la exigeix unes prioritats més clares en la formació del metge i en les metodologies innovadores. Les humanitats mèdiques i les ciències socials –que inclouen el dret, l'ètica, les tècniques de comunicació i la filosofia de la medicina, així com l'antropologia i la sociologia de la medicina– poden ajudar els i les estudiants a comprendre el marc humà i cultural (o multicultural) de la seva professió i disciplina. La història de la medicina, amenaçada per canvis curriculars en alguns països, continua essent indispensable per als estudiants: és una manera de comprendre el sorgiment i el desenvolupament del seu camp professional.

És important que aquests temes no solament s'introdueixin a través de classes magistrals o discussions; també cal reforçar-los i donar-los suport a l'educació clínica dels nous metges, dels infermers i dels altres treballadors de l'assistència sanitària. Òbviament, la formació mèdica no pot abastar en tota la seva extensió les humanitats i les ciències socials; ni tampoc cal. Però una bona formació mèdica pot fomentar l'habilitat per passar d'un enfocament estrictament científic de la malaltia cap a una comprensió més àmplia del context humà i social de la malaltia. La diversitat social i cultural creen el teló de fons de les malalties individuals, i l'estat d'un pacient rarament es pot avaluar íntegrament si no té en compte aquests factors.

En aquest context, és evident la necessitat de millorar el paper del metge en la promoció de la salut i en la prevenció de les malalties –el metge com a conseller i educador del malalt–. El model de diagnòstic i tractament, amb el seu èmfasi sobre el tractament i el guariment *a posteriori*, suggereix al metge jove que el paper de la medicina comença quan els pacients ja estan malalts i necessiten ajuda. I és una perspectiva molt equivocada. Si bé la cura dels malalts és extremament important, també ho és la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut. Els programes de salut pública han d'assumir una gran part de la tasca referida a la promoció de la salut, però difícilment ho poden fer sense la col·laboració activa dels metges que interactuen amb els pacients individuals; tots dos enfocaments, el que s'orienta cap a la població i el que s'orienta cap a l'individu, són necessaris i es poden reforçar mútuament.

A molts pacients, fins i tot estant ben diagnosticats, no se'ls pot ajudar mèdicament amb cap efectivitat real. Això és veritat en el cas de moltes malalties cròniques, en què el que, de fet, s'espera del metge i del pacient alhora, és que hi facin front, en gestionin i en suportin els efectes, durant els anys que duri, fins que la mort posi fi a la lluita. Mentrestant, el diagnòstic i el tractament dels episodis aguts continuarà essent molt important, però les principals necessitats a llarg termini seran les de mantenir un nivell de salut tolerable, educar els pacients i coordinar el suport familiar i socioeconòmic, a més de l'atenció sanitària i les cures pal·liatives i de rehabilitació.

Atesa la realitat de les societats que envelleixen, i el consegüent augment de la càrrega que representen les malalties cròniques, qualsevol formació mèdica que no introdueixi l'estudiant bé i a fons en la complexitat d'aquestes situacions no complirà els seus objectius docents i comprometrà l'assistència mèdica dels futurs pacients. Els programes que familiaritzen aviat els estudiants amb les residències i l'assistència domiciliària, els centres per a persones grans i els centres de rehabilitació o per a malalts desnonats, avancen pel camí més útil. Els estudiants necessiten veure clarament que la mort arriba, tard o d'hora, a tots els pacients, i que actualment el camí cap a la mort acostuma a passar per la porta de l'envelliment i de la malaltia crònica. Cal inculcar, com a virtuts, una apreciació clara de la incertesa mèdica i de la tolerància que s'imposa, i la necessitat omnipresent de sensibilitat i d'empatia envers el malalt.

Fins i tot en els casos de les malalties cròniques mai no és massa tard per als esforços orientats a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia: cal fer el màxim possible amb la salut que pugui quedar, cal promoure la independència i la capacitat del pacient per tenir cura de si mateix, i cal alentir o

pal·liar el mal que produeixen les malalties subjacents. És aquí on l'ideal d'una reducció de la morbiditat encara pot tenir molt de sentit. Perquè tot això sigui possible, tanmateix, la cura dels malalts crònics s'ha de coordinar de manera eficaç i ha d'estar en mans dels qui dominen l'ús adequat de la tecnologia i comprenen les dificultats psicològiques i socials d'aquests malalts i de les seves famílies.

Tant si és com a conseqüència del domini actual de les forces i de les estratègies del mercat com simplement de les creixents pressions financeres sobre tots els sistemes d'assistència sanitària, una bona formació mèdica hauria d'incloure la gestió econòmica i l'organització de l'assistència sanitària. Els metges i la resta de professionals de la salut hauran de tenir en compte els costos, intervenir en els esforços per establir prioritats en l'assistència sanitària i treballar estretament amb els administradors i aquelles altres persones la responsabilitat de les quals sigui dur a terme una gestió econòmica eficient. I els metges, sens dubte, es trobaran cada vegada més involucrats en situacions en les quals hauran de parlar amb els pacients sobre els costos dels tractaments, sobre les opcions econòmiques de què disposen i sobre la relació entre l'atenció individual del pacient i les necessitats mèdiques generals de la societat.

No serà gens fàcil integrar adequadament dins el currículum mèdic el ventall tan ampli de temes importants que hem identificat aquí. Tampoc no serà gens fàcil d'organitzar amb habilitat la classe de formació interdisciplinària i interprofessional que cal que els estudiants rebin, perquè entenguin els diversos sistemes educatius i professionals, en part diferents i en part coincidents, que configuren l'assistència sanitària, i perquè aprenguin a treballar-hi. Els diversos esforços experimentals i creatius que es fan a molts països en aquest sentit necessiten encoratjament i suport. Els intents per proporcionar als estudiants una introducció precoç, fins i tot immediata, a l'assistència dels pacients, a la formació, en petits grups, basada en casos pràctics, a la metodologia científica i epidemiològica i al treball en equip entre infermers, metges, treballadors socials, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i administradors, exigeixen uns grans esforços estructurals i organitzatius que són un repte, sovint molt difícil. La medicina serà una disciplina més forta, en el futur, si surt decididament al pas d'aquestes exigències i si introdueix les modificacions curriculars pertinents.

Encara que aquest informe destaca la formació dels professionals de la medicina, seria un oblit seriós no subratllar la importància de l'educació pública i el paper dels mitjans de comunicació. Als pacients se'ls demanarà, cada cop

més sovint, que prenguin decisions sobre l'assistència sanitària que necessiten, decisions tant de tipus econòmic com mèdic. Hauran d'estar ben informats per fer-ho, guiats pels qui pertanyen a la comunitat mèdica i, d'una manera més general, pels sistemes educatius i pels mitjans de comunicació. Els mitjans de comunicació tindran la responsabilitat específica d'informar els ciutadans sobre els descobriments mèdics i científics més importants, però també, i no pas en menor mesura, sobre les seves conseqüències morals, socials i econòmics. Els mitjans que destaquen exageradament els "grans avenços" mèdics, les teràpies "prometedores" i els tractaments "innovadors", creen sovint falses esperances i expectatives, de vegades en detriment del coneixement més útil que pot millorar la vida diària. Pot ser que els mitjans de comunicació s'hagin de fer càrrec d'una bona part dels esforços per promoure la salut i prevenir les malalties. En aquest context, serà especialment important el fet d'informar objectivament sobre els riscos i les oportunitats per a la salut. Uns mitjans de comunicació responsables són tan importants per a la medicina contemporània com ho són per a la política i l'economia.

MIRANT ENDAVANT

La premissa d'aquest informe ha estat aquesta: les discussions futures sobre la reforma de l'assistència sanitària no s'haurien de limitar a l'organització i el finançament dels sistemes d'assistència sanitària. Fins ara hi ha faltat alguna cosa més. En el cor d'aquests sistemes hi ha la medicina, la qual, com a disciplina i com a professió ha descansat sobre algunes premisses fortament arrelades: que el progrés és alhora bo i necessari; que la mort i la malaltia són enemics que poden i han de ser vençudes; que el desig de guariment és superior al desig de rebre assistència, i, finalment, que buscar la salut és una cosa molt semblant, si no idèntica, a buscar el benestar general. Certament, aquestes han estat premisses poderoses i atractives, i l'origen de grans avenços en l'alleujament de molts sofriments.

Hem sostingut, però, que cal examinar i interpretar aquestes premisses de bell nou. Enteses com sovint ho han estat, ja no són adequades i fins i tot poden ser una font de problemes. Un bon exemple en serien les dificultats econòmiques que han acompanyat el progrés, dificultats que procedeixen tant de la manera com és concebuda la medicina com de la manera en què estan organitzats els sistemes d'assistència sanitària, o també els mals usos o abusos a què s'exposa la medicina com a conseqüència d'algunes interpretacions modernes errònies dels seus fins. Els atractius econòmics de la medicina com a font d'enormes beneficis, i l'ús de models de mercat a l'hora de prestar assistència sanitària, fan aparèixer uns problemes que fins ara eren desconeguts, almenys en aquesta escala i magnitud, dins la història de la medicina. El poder dels models de mercat per millorar la medicina és igualat pel seu poder per perjudicar-la i per equipar-la amb incentius distorsionats. Enfront de les forces del mercat i de la recerca sense fre de beneficis, parlar de fins pot semblar un discurs utòpic i poc realista. La literatura mèdica tendeix a analitzar la reforma de l'assistència sanitària gairebé exclusivament des d'un punt de vista econòmic o polític. D'una manera semblant, hi ha poc interès per discutir quins són els fins i les prioritats de la recerca, que és una activitat molt cara i d'un abast molt ampli. I, mentre que hi ha hagut debats sobre la formació mèdica a tots cinc continents, la discussió no s'ha centrat en un replantejament dels fins de la medicina sobre el qual es pugui bastir aquesta formació.

Concloem el nostre informe subratllant cinc aspiracions per a la medicina del futur, cadascuna de les quals s'ha de fonamentar en una reflexió sobre la naturalesa de la medicina, una disciplina en la qual gairebé sempre s'alternen dos tipus de consideracions, les que es refereixen a l'individu i les que es refe-

reixen a la societat de la qual forma part. La medicina pot, en part, controlar el seu destí. Però només ho pot fer en part. De vegades, necessitarà la protecció de l'Estat, si vol moderar una motivació basada excessivament en el lucre, si vol obtenir un consens nacional quan faci falta, i per coordinar els diversos sectors de l'assistència sanitària, des de la salut pública fins a les medicines alternatives. El paper que hagi de fer l'Administració continuarà essent, per tant, un tema crucial en el debat públic sobre la consecució de les aspiracions de la medicina.

La medicina futura, per tant, ha d'aspirar a ser:

Una medicina honesta, que controli la seva vida professional. La medicina ha d'establir un diàleg continu amb les societats en què és practicada i dins de les quals està immersa. Aquestes societats assumeixen el cost d'aquesta medicina, estan profundament afectades per ella i tenen les seves idees pròpies sobre la millor manera de fer-ne ús. Ara bé, la medicina no hauria de restar completament sotmesa a la societat, seguint les seves ordres i posant les seves tècniques al servei de qualsevol propòsit que pugui decretar. La medicina ha de controlar la seva vida interna i la seva direcció; d'altra banda, però, hauria d'escoltar el que aquesta societat vol d'ella i intentar de ser tan receptiva com sigui possible. És a dir, la medicina ha de planificar el seu propi futur en col·laboració amb la societat. La rendibilitat de la medicina moderna, la seva capacitat per oferir a la gent allò que la natura els ha negat i el seu poder per evocar somnis de transformació humana, li fan de vegades excessivament difícil de trobar el seu camí propi. Però aquest camí el pot trobar si parteix de la seva història i les seves tradicions i si retorna una vegada i una altra a allò que va ser la seva preocupació inicial: l'alleujament del sofriment i la recerca de la salut. La pregunta que la medicina sempre hauria de plantejar als seus aspirants a amos, als patrocinadors o als responsables del seu finançament, és aquesta: ens podeu ajudar a romandre fidels a nosaltres mateixos i a aquells als qui hem de servir?

Una medicina moderada i prudent. Per més gran que sigui el poder de la recerca i del progrés mèdic, els éssers humans continuaran posant-se malalts i morint-se. La conquesta d'una malaltia obrirà el camí per a la més gran expressió d'altres malalties. La mort pot ser ajornada i evitada, però mai conquerida. El dolor i el sofriment continuaran formant part sempre de la condició humana. Es tracta d'unes veritats dures, o si es vol també banals, però fàcils d'oblidar amb l'entusiasme que provoquen els nous coneixements i les tecnologies innovadores. Sempre caldrà oferir assistència a les persones, fins i tot quan les

tècniques mèdiques arribin al seu límit, quan només les cures pal·liatives, l'atenció sincera i el respecte humà ajudi el malalt al llarg de la vida fins que arribi la mort. Una medicina moderada i prudent sempre tindrà present aquestes veritats, i buscarà el progrés, però sense arribar mai a deixar-se embriuar per ell o a oblidar la mortalitat intrínseca de la condició humana. Aquesta medicina buscarà, a més, l'equilibri entre la seva lluita contra la malaltia i el sofriment i el convenciment que el seu paper no és el de trobar la transcendència del cos, sinó el d'ajudar els éssers humans a viure una vida tan saludable com sigui possible, dins l'espai limitat d'un cicle vital finit.

Una medicina assequible i sostenible. Una gran part de la lògica de la investigació mèdica, i de la seva capacitat de fer-se atractiva al mercat, imposa a la medicina una cursa que és econòmicament insostenible. Gairebé tots els països s'enfronten cada dia a un flux continu de noves tecnologies i a les exigències contínues de la població pel que fa a la millora de la salut. Els costos de l'assistència sanitària pugen constantment, gairebé arreu; de vegades se'ls pot estabilitzar, però no per gaire temps. Molts han cregut que si es disposés de plans organitzatius més intel·ligents, de millors controls per part de l'Administració, de l'obertura a la lliure competència del mercat, o d'incentius o desincentius econòmics, es podrien controlar les pressions intrínsecament expansives a què esta sotmesa la medicina contemporània. Aquesta esperança és equivocada si només es basa en la tècnica. Només una reinterpretació simultània dels fins de la medicina podrà fer acceptables moralment i socialment unes tècniques organitzatives i econòmiques. Si deixem que l'Estat i el mercat segueixin el seu camí, poden coaccionar la gent perquè visquin dins d'uns límits imposats externament. Però una medicina més humana treballarà per a adaptar els seus fins a les realitats econòmiques i per a instruir els ciutadans sobre els límits de les possibilitats mèdiques, dins d'aquestes realitats. Buscarà fins que permetin una medicina assequible i que, d'aquesta manera, sigui sostenible a llarg termini.

Una medicina socialment sensible i plural. La medicina pren formes diferents i s'expressa de manera diferent en els diversos països i cultures, i hauria d'estar oberta a aquest pluralisme, fins i tot si, simultàniament, s'esforça per romandre fidel a les arrels i tradicions que li són pròpies. Una medicina socialment sensible estarà alerta a les necessitats socioculturals dels diversos grups i societats, a les possibilitats que sorgeixen de les noves i variades maneres de comprendre la salut i la malaltia, i de la coexistència i l'enriquiment mutu de les diverses maneres de comprendre la medicina.

Una medicina justa i equitativa. Una medicina que no conegui límits, a la qual li manqui una brúixola per orientar-se, que se sotmeti als capricis del mercat i que obliidi la finitud humana no pot ser una medicina equitativa. Anirà a l'encalç dels diners i del poder, que es nodreixen amb el desig comprensible, però equivocat, de dominar la natura i de superar els límits de les possibilitats humanes. La injustícia o la mala gestió política i econòmica poden distorsionar l'assignació dels recursos mèdics, tal com pot fer-ho una imatge de la medicina que la presenti de manera massa simplista com una font d'ingressos, d'ocupació, de vendes i exportacions tecnològiques, o bé com un vehicle per al progrés humà infinit. Una medicina equitativa requereix un suport mèdic i administratiu apropiat, a més d'una forta base política. Això no s'esdevindrà per si mateix. Cal un esforç polític concertat.

Una medicina equitativa serà a l'abast de tothom, o bé de les administracions i les economies que l'hagin de prestar, i no simplement dels qui en puguin pagar el preu corrent de mercat. No haurà de desenvolupar contínuament medicaments i màquines que només els rics es poden permetre o que pot portar els governs a la fallida si intenten posar-los a l'abast de tothom. Haurà d'acceptar la inevitabilitat de la malaltia i de la mort, i no lluitar més enllà del que és raonable per prolongar l'inevitable. S'haurà de refiar, molt més que no ho feia fins ara, de la salut pública, de la promoció de la salut i de la prevenció de les malalties. I haurà de comprendre que el desig de gastar més per millorar la salut sempre entrarà en conflicte amb les altres necessitats i prioritats socials. Una medicina equitativa, per damunt de tot, s'haurà de dissenyar tenint en compte uns pressupostos raonables, que equilibrin assenyadament les necessitats sanitàries i les possibilitats mèdiques amb les necessitats d'altres sectors socials.

Finalment, la medicina del futur s'ha de considerar a si mateixa com:

Una medicina que respecta les possibilitats d'elecció i la dignitat humanes. La medicina moderna presenta un ventall complex de possibilitats, moltes d'elecció extremament difícil, als individus i a les societats. Una condició moral necessària per respondre a aquestes opcions és la participació democràtica en la presa de decisions socials i la llibertat d'elecció, sempre que sigui possible, en la presa individual de decisions. La llibertat d'elecció, el dret fonamental d'autodeterminació, comporta deures i responsabilitats. Com a ciutadans, haurem de prendre decisions sobre l'assignació adequada dels recursos i el lloc relatiu que té la salut com a bé social. Com a pacients, reals o eventuals, haurem de pensar en la manera com vivim, en els esforços que podem fer per romandre

sans, en els nostres deures respecte de la família i la resta de pacients. Haurem d'eleger de manera responsable entre les opcions que se'ns presentin per a utilitzar les tècniques i el coneixement mèdics per controlar la natalitat, per configurar i modificar l'estat d'ànim i la conducta i per posar punt final a tractaments de suport vital. Complir adequadament aquestes responsabilitats requerirà educació, debat públic, una autoavaluació seriosa i un context polític, mèdic i social que respecti la dignitat i la llibertat humana d'elecció. Serà important, és clar, tenir sempre presents les responsabilitats morals i mèdiques que es deriven de la lliure elecció, i la necessitat d'un diàleg social de fons sobre el contingut i les implicacions socials de les eleccions individuals. En resum, es tracta de reconèixer la interacció –i de vegades la tensió– necessària i fructífera entre el bé individual i el bé social.

DISCREPÀNCIES

Discrepància del grup eslovac

El grup eslovac del projecte *Els fins de la medicina* s'honora de participar del consens de l'informe sobre el projecte, en les condicions i les previsions establertes al prefaci. Ara bé, també vol expressar algunes reserves a l'entorn de la redacció del paràgraf sobre la planificació familiar, el control de la fertilitat i les qüestions referides a la població (en el capítol dedicat als fins erronis de la medicina). Aquest grup creu que estan tractats d'una manera en part esbiaixada i opina que una redacció més equilibrada acolliria posicions que afirmen el respecte suprem per la vida humana des del moment de la concepció fins a la mort i, també, una percepció dels problemes de les poblacions, que atorgués el mateix pes al creixement i al declivi de les poblacions.

El grup eslovac també es vol unir als grups que s'oposen a l'eutanàsia.

El director del projecte, Dr. Joseph Glasa, posarà a disposició de tots els interessats el text complet de la declaració del grup eslovac.

Discrepància del grup danès

Dinamarca confia plenament en un sistema d'assistència sanitària plenament igualitari, basat en la solidaritat social i en un accés universal al sistema sanitari públic. D'acord amb això, no accepta la idea d'establir un mínim acceptable, que creu que representaria un pas enrere (en el capítol dedicat als objectius pràctics i les seves implicacions).

EPÍLEG

La medicina és un art o una ciència? És una empresa humanística amb un component científic o bé una empresa científica amb un component humanístic? No tenim respostes definitives per a aquestes preguntes antigues. Només afirmem la necessitat que qualsevol punt de vista ferm sobre els fins de la medicina incorpori la capacitat humana de prendre decisions enfront de la incertesa, un nucli de valors humanístics i morals i les troballes d'una ciència rigorosa. Una medicina que pretén, simultàniament, ser honesta, moderada, assequible, sostenible i equitativa ha de reflexionar constantment sobre els seus fins. No s'ha de permetre que els mitjans burocràtics, organitzatius, polítics i econòmics necessaris per a aconseguir aquests fins eclipsin les qüestions, sovint enutjosament difícils, relatives als objectius i els fins. La medicina del futur no serà, i no hauria de ser, pel que fa a les seves estructures institucionals i als seus marcs polítics, la mateixa que la medicina del passat ni la del present. Només els esforços comuns dels metges i dels pacients, de la medicina i de la societat, poden configurar aquest futur acuradament i de manera satisfactòria. I aquest esforç sempre ha de començar deixant clars els fins de la medicina.

RESUM

Les pressions econòmiques, socials i científiques que recauen sobre la medicina del final del segle XX estan obligant els responsables polítics d'arreu del món a intentar posar en marxa reformes mèdiques i de l'assistència sanitària. Però aquests esforços fracassaran o no aconseguiran tot el que pretenen si no s'estudien des d'un nou punt de vista els valors que hi ha al nucli de la medicina. Això és el que es proposa l'informe que presentem.

El nostre punt de partença és que estan en joc els *fins* de la medicina i no solament els mitjans. La revolució biomèdica i les innovacions tecnològiques que aquesta revolució ha portat al món no tenen parió en la història humana, pel seu impacte positiu sobre la salut de la població d'arreu del món. Ara bé, cal considerar que els avenços de la medicina moderna són una espasa de doble tall: la vida humana s'allarga, però sovint al preu de més sofriments i malalties i de costos econòmics superiors. Als responsables polítics, tant del món industrialitzat com del món en vies de desenvolupament, se'ls fa cada vegada més urgent ponderar els avantatges i els desavantatges de la tecnologia mèdica avançada. En la seva lluita per equilibrar els pressupostos, els governs dels països rics i pobres han de repartir uns recursos limitats entre la medicina i tota una sèrie d'altres demandes socials.

Els fins de la medicina

Aquesta realitat va portar els representants de catorze països, industrialitzats o en vies de desenvolupament, rics o menys rics, a tornar a posar en qüestió els fins tradicionals de la medicina. Aquest grup considera que la medicina s'hauria de proposar quatre objectius, que representen els valors centrals de la medicina. El fet de tenir en compte aquests quatre fins ajudarà la medicina a mantenir la seva integritat enfront de les pressions polítiques i socials que li exigeixen que defensi propòsits anacrònics o aliens.

- *La prevenció de les malalties i de les lesions i la promoció i el manteniment de la salut.*
- *L'alleujament del dolor i dels sofriments causats pels mals.*
- *L'atenció i la cura dels malalts, incloent-hi l'atenció als malalts incurables.*
- *L'evitació de la mort prematura i la cerca d'una mort tranquil·la.*

Els objectius pràctics i les seves implicacions

Si examinem de nou els fins de la medicina, es farà possible abordar en la pràctica qüestions importants sobre les prioritats futures de la investigació biomèdica, sobre el disseny de sistemes d'assistència sanitària i sobre la formació dels metges. Caldria desenvolupar un model de recerca que incorporés el treball d'experts en epidemiologia i en salut pública, a fi d'obtenir una comprensió més àmplia de la situació de les malalties dins la societat. Els esforços per portar a la pràctica sistemes d'assistència sanitària haurien de començar per l'establiment d'un nucli sòlid d'assistència primària i d'urgència, i per l'examen de les necessitats dels membres més fràgils de la societat. Caldria ensenyar als estudiants de medicina que la mort és inevitable, i que no sempre seran capaços de guarir. També haurien d'aprendre a fer front als problemes de les malalties cròniques. Els nous metges, si és que han de ser capaços de fer front a les realitats econòmiques dels sistemes d'assistència sanitària contemporanis, també haurien de rebre formació en economia, en humanitats i en l'organització dels sistemes sanitaris.

Fins erronis de la medicina i mal ús de les tècniques i el coneixement mèdics

Els usos del coneixement i de les tècniques mèdiques són molt diversos. La majoria són positius, però alguns són negatius. Els usos inacceptables del coneixement mèdic inclouen l'ús de la informació sobre la salut pública per a justificar l'exercici d'una coacció antidemocràtica sobre grans grups de persones, perquè canviïn els seus comportaments suposadament "insalubres". Si anem a l'altre extrem, la medicina no pot tenir com a finalitat aconseguir el benestar absolut de l'individu, més enllà del fet de gaudir d'una bona salut. I tampoc no correspon a la medicina determinar què és el benestar general per a la societat.

Mirant endavant

Algunes interpretacions modernes dels fins de la medicina els deixen exposats a l'abús o al mal ús. El que ens proposem aquí és examinar aquestes premisses i interpretar-les des d'un nou punt de vista. Deixant de banda les barres polítiques i geogràfiques, la medicina hauria d'aspirar a:

- *ser honesta i controlar la seva vida professional;*
- *ser moderada i prudent;*

- *ser assequible i econòmicament sostenible;*
- *ser justa i equitativa, i*
- *respectar la dignitat i la capacitat humana d'elecció.*

Només els esforços comuns dels metges i dels pacients, de la medicina i de la societat, poden configurar de manera adequada i satisfactòria el futur de la medicina. I aquest esforç ha de començar sempre establint els fins de la medicina mateix.

COORDINADORS DEL GRUP INTERNACIONAL

Dr. Gebhard Allert
Departament de Psicoteràpia
Universitat d'Ulm. Ulm, Alemanya

Bela Blasszauer
Professor d'Ètica Mèdica
Institut de Ciències del Comportament
Universitat Mèdica de Pécs. Pécs, Hongria

Kenneth Boyd
Director d'Investigacions
Institut d'Ètica Mèdica
Edimburg, Escòcia

Daniel Callahan
Director de Programes Internacionals
Hastings Center
Briarcliff Manor, Nova York (EUA)

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

Dr. Joseph Glasa
Institut d'Ètica Mèdica i Bioètica
Bratislava, República Eslovaca

Maurizio Mori
Centre per a la Investigació i la Formació en Política i Ètica
Milà, Itàlia

Lennart Nordenfelt
Catedràtic
Departament de Salut i Societat
Universitat de Linköping
Linköping, Suècia

Dr. Jan Paine
Institut d'Humanitats Mèdiques
Facultat de Medecina
Universitat Karlova
Praga, República Txeca

Peter Rossel
Departament de Filosofia de la Medecina i Teoria Clínica
Institut Panum, Universitat de Copenhage
Copenhage, Dinamarca

Agus Suwandono
Director
Grup d'Investigació en Política i Recursos per a la Salut
Institut Nacional per a la Salut i el Desenvolupament
Ministeri de Salut
Jacarta, Indonèsia

Henk ten Have
Secretari
Departament d'Ètica, Filosofia i Història de la Medecina
Facultat de Ciències Mèdiques
Universitat Catòlica de Nijmegen
Nijmegen, Holanda

Dr. Diego Gracia
Catedràtic d'Història de la Ciència
Facultat de Medecina
Universitat Complutense de Madrid
Madrid, Espanya

Dr. Fernando Lolas
Vicerrector Acadèmic
Universitat de Xile
Santiago, Xile

Dr. Lu Weibo
Acadèmia de Medecina Tradicional Xina
Pequín, Xina

TÍTOLS PUBLICATS

Quaderns de Bioètica:

13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Els fins de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació:

4. *Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*
3. *Clonatge terapèutic: perspectives científiques, legals i ètiques*
2. *Un marc de referència ètic entre empresa i centre de recerca*
1. *Percepció social de la biotecnologia*

Per a més informació www.fundaciogrifols.org

FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS

Jesús i Maria, 6

08022 Barcelona ESPAÑA

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

fundacio.grifols@grifols.com

www.fundaciongrifols.org