

SER MÉDICO  
Los valores  
de una profesión



Jesús Millán Núñez-Cortés  
Juan E. del Llano Señarís  
(Directores)

Kate Elliot  
(Coordinadora de redacción)

# SER MÉDICO

Los valores  
de una profesión



*Unión Editorial*



CÁTEDRA  
DE EDUCACIÓN  
MÉDICA  
FUNDACIÓN LILLY - UCM

© 2012, los autores

© 2012 CÁTEDRA DE EDUCACIÓN MÉDICA  
FUNDACIÓN LILLY - UCM  
c/ María de Molina, 3, 1.º • 28006 Madrid  
Tel.: 917 815 070 • Fax: 917 815 079  
www.fundacionlilly.com

© 2012 UNIÓN EDITORIAL, S.A.  
c/ Martín Machío, 15, 1.º D • 28002 Madrid  
Tel.: 913 500 228 • Fax: 911 812 212  
Correo: info@unioneditorial.net  
www.unioneditorial.es

**ISBN: 978-84-7209-583-0**

Depósito legal: M. 22.958-2012

Compuesto y maquetado por JPM GRAPHIC, S.L.  
Impreso por LAVEL INDUSTRIA GRÁFICA, S.A.  
Encuadernado por SUCESORES DE FELIPE MÉNDEZ GARCÍA, S.L.

Impreso en España • *Printed in Spain*

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por las leyes, que establecen penas de prisión y multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeran total o parcialmente el contenido de este libro por cualquier procedimiento electrónico o mecánico, incluso fotocopia, grabación magnética, óptica o informática, o cualquier sistema de almacenamiento de información o sistema de recuperación, sin permiso escrito de los propietarios del *copyright*.

**DIRECTORES:**

JESÚS MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS

*Catedrático de Medicina de la Facultad de Medicina de la UCM.  
Director de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM.*

JUAN E. DEL LLANO SEÑARÍS

*Instituto de Posgrado y Formación Continua ICAI-ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.  
Director de la Fundación Gaspar Casal, Madrid.*

**COORDINADORA DE REDACCIÓN:**

KATE ELLIOT

*Fundación Gaspar Casal.*

La Fundación Gaspar Casal ha contribuido a la preparación de distintos capítulos bajo las direcciones de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense y de la propia Fundación Gaspar Casal.





# ÍNDICE

PRÓLOGO .....	13	
I. Juramento Hipocrático original (Manuscrito bizantino del siglo XII) .....	13	
II. Juramento Hipocrático adaptado por la Convención de Ginebra .....	14	
PARTE I		
ALGUNOS ELEMENTOS DE LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA .....		17
CAPÍTULO 1. EL MÉDICO COMO PROFESIONAL: PROFESIONALISMO .....	19	
<i>Jesús Millán Núñez-Cortés</i>		
CAPÍTULO 2. CIENCIA, VALORES Y ARTE MÉDICO .....	27	
I. Introducción .....	27	
II. Ciencia, valores y arte médico .....	30	
<i>José Antonio Gutiérrez Fuentes</i>		
CAPÍTULO 3. LA ENFERMEDAD HUMANA .....	45	
I. Los niveles filogenéticos de vida .....	46	
II. La estructuración de la enfermedad .....	53	
III. La perspectiva clínica .....	63	
<i>José de Portugal Álvarez</i>		
CAPÍTULO 4. EL MÉDICO PERFECTO .....	67	
<i>Diego Gracia</i>		

## SER MÉDICO

CAPÍTULO 5. LA ÉTICA DE LA MEDICINA .....	79
I. Antes y ahora .....	79
II. Ética interna de la medicina .....	81
III. Elementos de la relación médico-paciente .....	83
IV. El fin de la medicina y sus actos .....	86
V. Ética médica en tercera persona .....	90
VI. La importancia del ejemplo en la formación ética de los médicos .....	94
VII. El nuevo profesionalismo y la ética de la medicina ...	97
VIII. Bibliografía recomendada .....	100

*José Luis Villanueva Marcos*

CAPÍTULO 6. LA ENSEÑANZA DEL HUMANISMO MÉDICO .....	103
--	-----

*José de Portugal Álvarez*

## PARTE II ALGUNOS ELEMENTOS DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA.....

CAPÍTULO 7. EL BUEN MÉDICO .....	111
----------------------------------	-----

*José de Portugal Álvarez*

CAPÍTULO 8. LA ENFERMEDAD NO ES UNA METÁFORA ...	129
I. El mito de la salud .....	130
II. Críticas a la práctica de la medicina .....	137
III. Desigualdades socio-sanitarias .....	143
IV. Cambios futuros.....	149
V. Entra la población .....	165

*Jesús M. de Miguel*

CAPÍTULO 9. PRODUCIR LA SALUD, CONSUMIR LA ATENCIÓN SANITARIA .....	181
I. Enfermedades y atención sanitaria: una base (demasiado) sencilla .....	190
II. Inquietudes sobre el coste, la efectividad y la contribución marginal de la atención sanitaria ...	196

## ÍNDICE

III. El concepto del campo de la salud: una perspectiva nueva .....	202
IV. Ampliando el marco: la salud y sus determinantes biológicos y conductuales .....	208
V. Una ampliación adicional: compensaciones económicas y bienestar .....	219
VI. Los marcos conceptuales: los principios y la práctica .....	228
<i>R.G. Evans y G.L. Stoddart</i>	
Comentario, por <i>Lucy Anne Parker</i> e <i>Ildefonso Hernández-Aguado</i> .....	229
CAPÍTULO 10. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA ...	
I. Definición de la calidad de la atención .....	236
II. Criterios y estándares de calidad .....	239
III. Aproximaciones a la evaluación .....	242
IV. Estudios de la calidad de la atención .....	244
V. Estudios del proceso de atención .....	246
VI. Estudios del resultado de la atención .....	254
VII. Combinación del proceso y el resultado .....	257
VIII. Evaluación de las estrategias de atención .....	259
IX. El contexto de la monitorización en los EE.UU. ....	260
X. Conclusiones .....	264
<i>Avedis Donabedian</i>	
Comentario: el contexto de la monitorización 30 años después, por <i>Rosa Suñol</i> .....	264
CAPÍTULO 11. ¿QUÉ DEBERÍA SABER UN CLÍNICO DE ECONOMÍA? .....	
I. Tres cosas que un clínico debe saber hoy de economía .....	274
1. La eficiencia, marca del virtuosismo .....	274
a) <i>A la eficiencia social por la efectividad clínica y a la efectividad clínica por la escepticismo</i> .....	
2. La incorporación del coste de oportunidad .....	278
3. Utilidades relevantes: las del paciente .....	279

II. ¿Qué deberían saber los médicos del futuro de economía? .....	281
III. La economía en la educación médica .....	282
IV. Recomendaciones de lectura .....	283
<i>Vicente Ortún Rubio</i>	
CAPÍTULO 12. EL FENÓMENO DE LA «MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA» .....	
I. El alcance de la medicina basada en la evidencia .....	290
II. La «cuestión» de la evidencia .....	296
1. Los ensayos clínicos .....	296
2. La epidemiología clínica .....	299
3. La difusión de la información .....	300
III. La práctica de la medicina como recetario de cocina .....	301
IV. La cuestión de la excelencia .....	303
V. La bioética y la medicina basada en la evidencia .....	306
<i>Jordi M. Gol-Freixaak y Juan E. del Llano Señarís</i>	
Comentario, por <i>Joaquím Camprubí</i> .....	308
I. ¿Qué hemos hecho? .....	308
II. ¿Qué hemos aprendido? .....	311
III. ¿Dónde estamos hoy? .....	316
CAPÍTULO 13. ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN LA EVIDENCIA .....	
I. ¿Ha llegado la medicina basada en la evidencia a la asistencia sanitaria? .....	319
II. La aplicación de la medicina basada en la evidencia la práctica clínica .....	323
1. Aplicación .....	327
2. Utilización .....	327
3. Valoración .....	327
III. El papel de la medicina basada en la evidencia en la gestión sanitaria y en la compra de servicios de salud .....	330
IV. La medicina basada en la evidencia y la perspectiva social .....	333

## ÍNDICE

V. ¿Por dónde empezar?: una posible agenda de acción .....	336
<i>Juan E. del Llano Señarís y Ricard Meneu de Guillerma</i>	
Comentario, por <i>Jordi Colomer i Mascaró</i> .....	338
CAPÍTULO 14. MEDICINA BASADA EN LA AFECTIVIDAD...	347
<i>Albert J. Jovell</i>	
CAPÍTULO 15. HYGENIA Y PANACEA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA. LA SALUD Y LA ASISTENCIA SANITARIA .....	359
I. El médico del futuro .....	366
<i>Juan E. del Llano Señarís y Jesús Millán Núñez-Cortés</i>	
CAPÍTULO 16. EL AUGE Y LA CAÍDA DE LA MEDICINA: RAZONES Y CONSECUENCIAS .....	371
I. Paradoja 1: Médicos desilusionados .....	377
II. Paradoja 2: Los sanos preocupados .....	378
III. Paradoja 3: La popularidad en alza de la Medicina Alternativa .....	379
IV. Paradoja 4: Los costes disparados de la Atención Sanitaria.....	380
<i>James LeFanu</i>	



# PRÓLOGO

## I. JURAMENTO HIPOCRÁTICO ORIGINAL (MANUSCRITO BIZANTINO DEL SIGLO XII)

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

## SER MÉDICO

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.

### II. JURAMENTO HIPOCRÁTICO ADAPTADO POR LA CONVENCIÓN DE GINEBRA\*

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

- Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad;
- Otorgar a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen;
- Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente;
- Velar ante todo por la salud de mi paciente;
- Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;
- Mantener, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
- Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas;
- No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política,

---

\* Versión adoptada por la 2.<sup>a</sup> Asamblea General de la Asamblea Médica Mundial (A.M.M.) en Ginebra, Suiza, (septiembre de 1948) y enmendada por la 22.<sup>a</sup> A.M.M. en Sydney, Australia (agosto 1986) y la 35.<sup>a</sup> A.M.M. en Venecia, Italia (octubre 1983) y la 46.<sup>a</sup> Asamblea General de la A.M.M. Estocolmo, Suecia (septiembre 1994) y revisada en su redacción por la 170.<sup>a</sup> Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia (mayo 2005), y por la 173.<sup>a</sup> Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia (mayo 2006).

## PRÓLOGO

raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;

Velar con el máximo respeto por la vida humana;

- No emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza;
- Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.



**PARTE I**  
**ALGUNOS ELEMENTOS**  
**DE LOS PRINCIPIOS**  
**DE LA MEDICINA**



# 1

## EL MÉDICO COMO PROFESIONAL: PROFESIONALISMO

Jesús Millán Núñez-Cortés\*

Los médicos tenemos a Hipócrates como el padre de la medicina. Por otra parte, frecuentemente nuestro símbolo en organizaciones profesionales, centros académicos, etc. es el báculo del dios griego Asclepio: un báculo con una serpiente enrollada. ¿Es que los valores de la medicina y de la profesión médica son eternos? Tales valores, expresión de la profesión médica, parecen haber contribuido a lo largo de la historia a preservar la integridad de los médicos y a orientar su práctica, incluso más allá de las presiones sociales, políticas o económicas propias del mundo convulso que nos ha tocado vivir en el momento actual.

Se trata de cumplir de manera cabal con los fines de la medicina:

- La prevención de las enfermedades y la promoción y conservación de la salud
- El alivio del dolor y del sufrimiento humano causado por la enfermedad
- La atención a los pacientes para curar a aquellos que sean curables y para cuidar a los incurables

---

\* Catedrático de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Director de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense.

— La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Para satisfacer estos fines no vale todo. De hecho, el médico lleva a cabo su profesión mediante un compromiso con la ciencia médica y con los enfermos, y esos compromisos se establecen a través de un contrato con la sociedad. La base de este contrato es el profesionalismo, cuyos principios han de ser respetados por el propio médico y por la sociedad. En este sentido, el concepto clave es la colocación de los intereses del paciente por encima de los del médico, mantener unos estándares de competencia profesional, y constituirse en el auténtico experto para la sociedad en el terreno de la salud. Este principio básico es lo que otorga autoridad moral al médico, de la que se ha de derivar la confianza del enfermo en particular y de la sociedad en general al comprobar cómo el médico es íntegro en su pensamiento y quehacer, como individuo y como profesional.

Pero cumplir con este compromiso no resulta fácil en un entorno cambiante, acosado por problemas de distinta índole e incluso con diferencias de criterios que pueden resultar evidentes entre los propios profesionales ante la enorme variabilidad en las que se produce la práctica de la medicina.

Quizás por ese motivo, es preciso identificar los principios, valores y responsabilidades que son propias de nuestra profesión, y que representan el mínimo común denominador en nuestro desempeño profesional.

El American College of Physicians, en enero de 2012, ha publicado su manual de ética, en el que se define a la profesión médica como caracterizada por un cuerpo de conocimientos que sus miembros deben de expandir y enseñar, por un código ético, por un servicio caracterizado por colocar al paciente por encima de su propio interés, y porque su regulación es singular y socialmente admitida como específica y propia.

El Juramento Hipocrático, en su versión más antigua o más actualizada, no es otra cosa que una carta en la que se establecen algunos

principios de la profesión médica. Pero la formulación actual de tales principios, y aunque la carta del médico actual puede encontrar sus raíces en ese testimonio, requiere una cierta expresividad distinta que ayude a comprender estos principios fundamentales en el mundo complejo en el que se desarrolla la labor del médico en los primeros lustros del siglo XXI.

También el American College of Physicians, conjuntamente con la European Society of Internal Medicine y con el American Board of Internal Medicine, tienen señalados los tres principios fundamentales de «nuestra carta actual», y que no son otros que:

— **El bienestar del paciente.**

Prima sobre otros valores. Nos obliga a servir exclusivamente al interés del paciente. Por eso, el altruismo y la generosidad características del médico contribuyen de manera decidida a que el enfermo reconozca este valor en el profesional. Consiguientemente, no es un valor que debiera estar influenciado por corrientes o presiones sociales, administrativas, o de otro tipo (incluido naturalmente el económico).

— **Autonomía del paciente.**

Otro principio primordial es que el médico debe respetar la decisión de sus pacientes, siempre que éstas no ataquen a la ética médica o conduzcan a una práctica inadecuada. Y este es un principio que encierra, adicionalmente, otro valor: la honestidad del médico con el paciente para que éste sea conocedor de la realidad y pueda tomar decisiones que posteriormente han de ser respetadas.

— **Justicia social.**

El médico está encargado de impulsar la justicia dentro del sistema de salud, y también de denunciar las injusticias o las posibles discriminaciones en la prestación de servicios sanitarios basada en razones injustificables (género, raza, nivel socioeconómico, religión, o cualquier otra). El médico ha de promover que todos los que se encuentren en las mismas condiciones de salud

tengan acceso a las mismas alternativas. Lo contrario no es justo ni equitativo. Y esto tiene especial consideración a la hora de una justa distribución de recursos. Como quiera que los recursos son limitados, no es ética la discriminación en su aplicación, como tampoco lo es consumir recursos sin justificación.

Para que el médico ejerza con profesionalidad su misión en la sociedad, y lo haga de la mano de estos principios fundamentales, debe de asumir una serie de responsabilidades y compromisos.

— **Competencia profesional.**

Es un compromiso de por vida con el aprendizaje a fin de mantener los mejores estándares de calidad en los servicios prestados a los pacientes. Es responsabilidad del propio médico mantener un conocimiento médico actualizado y elevado, así como las habilidades clínicas que le permitan ejercer su profesión con «competencia». Además, la profesión —en sí misma— debe velar porque esto se cumpla, se puedan detectar las carencias y se puedan corregir. Esto último otorga autoridad moral a nuestra profesión de cara a la sociedad en la que prestamos servicios.

— **Honestidad con los pacientes.**

El médico ha de mantener informado, de forma completa y honesta, a sus pacientes, con objeto de que éstos sean capaces de tomar decisiones en el ámbito de su autonomía y que pueden afectar a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Esto no significa que el paciente se involucre en todas y cada una de las decisiones diarias, sino en aquellas que son las relevantes o componen los aspectos clave del plan de manejo de la enfermedad. Esta información a los pacientes debe alcanzar a los efectos adversos que potencialmente se puedan producir o que hayan tenido lugar como consecuencia de errores o incidentes. En consecuencia un valor derivado de este compromiso del médico es analizar las razones de los posibles errores, no ignorándolos o despreciándolos. Errar es humano, y la medicina hace humildes a los médicos porque nos

enseña diariamente que nos podemos equivocar, y es preciso ser consciente de ello para evitar tales errores.

— **Confidencialidad del paciente.**

Es clave para ganar la confianza del paciente y mantener una correcta relación médico-enfermo. Este principio del profesionalismo se extiende a la información o debate con personas ajenas al propio paciente (sean profesionales de la medicina, familiares del enfermo, responsables legales, etc.). No es ético la utilización fraudulenta de la información clínica o la tergiversación de la misma. En el momento actual, en el que los sistemas informáticos permiten una gran difusión de datos, y en el que algunos datos son especialmente sensibles (por ejemplo, los genéticos), este principio es más necesario que nunca. Una excepción podrá ser el interés público o el peligro consciente hacia terceras personas.

— **Relaciones apropiadas con los pacientes.**

Se trata, sencillamente, de no mantener una relación de ventaja con los pacientes. La situación de dependencia y vulnerabilidad con la que el paciente puede vivir su relación con el médico, puede propiciar situaciones de ganancia ilegales y carentes de ética, en cualquier plano.

— **Mejora de la calidad de la atención.**

Debe ser un objetivo prioritario y permanente del médico. Nos obliga, al margen de mantener una competencia profesional tal y como ya se ha comentado, a ser capaces de trabajar en equipo para mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos, y los resultados de nuestras actuaciones. Además, el médico ha de implicarse en el diseño de los procesos de mejora continua de la asistencia sin considerar que «son otros» los responsables de que la asistencia se deteriore o mejore. Y, finalmente, este compromiso implica aceptar que los resultados de nuestra actuación pueden ser evaluados.

— **Mejora del acceso a la atención sanitaria.**

El médico se tiene que implicar en la definición y búsqueda de la atención sanitaria óptima para las necesidades y recursos

disponibles. Es decir, ha de ser equitativo. Además, debe trabajar para eliminar las barreras y la posible discriminación en el acceso a los servicios que sean los ajustados al caso. Una forma particularmente adecuada del compromiso con la equidad es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

— **Justa distribución de recursos.**

Qué duda cabe que los recursos son limitados. Por tanto los médicos estamos obligados a emplear criterios de racionalización en el empleo de tales recursos. El criterio de valorar los resultados en función de la inversión puede ser muy correcto (criterio coste-efectividad). Eso implica compromiso y trabajo para la búsqueda de las mayores y mejores evidencias científicas, la identificación de las intervenciones más coste-efectivas, el empleo de tecnologías previamente evaluadas como adecuadas al caso, y —en definitiva— la búsqueda de la eficiencia (mejores resultados con menor coste). No es ético la exposición de los pacientes a procesos diagnósticos o terapéuticos no suficientemente contrastados, que no aporten información relevante (a veces llegan a ser superfluos) o que expongan al paciente a riesgos innecesarios en relación al beneficio esperable. No es ético consumir recursos en un paciente que no lo necesita, ya sea por desconocimiento o inseguridad del médico.

— **Conocimiento científico.**

El médico es un profesional comprometido con la ciencia médica y con los enfermos. La sociedad ha depositado su confianza en el médico porque entiende que, científicamente, se encuentra preparado para ejercer su profesión. En consecuencia, el médico gestiona el conocimiento científico en todos los aspectos: lo debe aplicar (haciendo asistencia), lo debe incrementar (haciendo investigación), y lo debe transmitir (enseñando los saberes médicos a aquellos que están en periodo de aprendizaje). Su compromiso alcanza a una formación científica de calidad, que le permita contribuir al avance de la ciencia médica y a aplicar las mejores medidas y principios de la práctica clínica. También la profesión

médica en su conjunto es responsable de organizar un sistema que permita garantizar que los médicos son poseedores del conocimiento científico adecuado.

— **Mantener la confianza en los conflictos de intereses.**

El médico debe evitar el conflicto entre el ejercicio de su profesión, el manifiesto de su opinión, o la difusión del avance científico, con intereses ajenos a la propia profesión médica. Es preciso que evite conflictos entre tales intereses, que pueden estar encontrados; y, si surgieran, han de revelarlos. Esto, que puede afectar especialmente a los médicos líderes de una opinión en un campo concreto (publicaciones, conferencias,...), y a los aspectos económicos (retribuciones por un trabajo realizado) de las relaciones interpersonales o con organizaciones de distinto tipo, se ha de tratar de manera pulcra y sin ocultarlo porque —en su caso— puede amenazar la independencia que se atribuye y presupone al ejercicio del profesionalismo médico.

— **Responsabilidades profesionales.**

Nuestra responsabilidad como médicos alcanza no sólo a la mejora continua de la asistencia que prestamos y a las cualidades de la misma (calidad, eficiencia, equidad, etc.) sino también a procurar velar por los principios de la profesión médica. En consecuencia una correcta relación con los demás médicos es determinante, y la participación en la autoregulación de la profesión que la sociedad encomienda a los médicos es, asimismo, clave. Por tanto, hemos de participar en el establecimiento de controles en el ejercicio de la profesión de acuerdo con unos valores, y en la corrección de las desviaciones caso que se produjeran. En la práctica esto significa que el médico tiene una responsabilidad individual con respecto al ejercicio de su profesión, pero también colectiva.

Los médicos deben reafirmar su fidelidad a los principios y compromisos del profesionalismo. Son nuestros principios. Nos permiten, manteniendo el espíritu eterno de nuestros principios, poder ejercer con dignidad nuestra profesión en el momento actual, en cualquier sitio y circunstancia.



## 2

### CIENCIA, VALORES Y ARTE MÉDICO

José Antonio Gutiérrez Fuentes\*

#### I. INTRODUCCIÓN

El médico de hoy, ha pasado de ser un profesional liberal a ser un funcionario que, sometido en parte a las exigencias del sistema, parece haber reemplazado la práctica basada en la vocación y los valores médicos por una relación médico-paciente despersonalizada, dando más importancia al sinfín de datos clínicos de los que dispone, al cumplimiento de objetivos, a la realización de tareas administrativas y a las cargas burocráticas, que a la actuación médica ante el paciente y el proceso de curación en sí mismo.

Se produce todo ello en medio de una serie de cambios en su ámbito de actuación como son los demográficos, caracterizados por la creciente expectativa de vida, el envejecimiento de la población, la baja tasa de natalidad y el incremento de la inmigración con los consiguientes cambios de los patrones patológicos tendentes al incremento de las enfermedades crónicas, de las pluri-patologías y la aparición de otras, importadas, antes casi desconocidas en nuestro medio.

A estos, se suman el incesante incremento de los conocimientos y de las innovaciones destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y los avances en el desarrollo de las

---

\* Director de la Fundación Lilly.

tecnologías de la información, la comunicación y sus aplicaciones sanitarias.

Todo ello en un entorno de globalización económica y la creciente presión de la llamada medicina gestionada con nuevos modelos de financiación, gestión y provisión de los servicios sanitarios. La consideración de la medicina como un servicio público con la consecuente adaptación laboral de la profesión médica, supone un fenómeno social único en el campo de la sociología de las profesiones.

Añádase a todo esto la creciente atracción de la sociedad, de los medios de comunicación y de los políticos sobre el quehacer médico y la aparición de una gran cantidad de regulación legislativa de la mano de la no siempre bien entendida ética médica, que están llevando a un ambiente conflictivo y de judicialización de la práctica médica.

Pero, ciertos aspectos de la Medicina son fundamentales y no deberían verse alterados con el paso del tiempo y los cambios referidos, reafirmando aquello que es fundamental. Ello exige que los médicos tengan claros los principios que guíen su conducta, ya sea en la atención clínica, la investigación, la docencia y hasta como ciudadanos. Es sabido que tradicionalmente el médico ha sido visto y considerado como portador de unos valores científicos y morales que le han otorgado un puesto de especial respeto y relevancia social. Estos principios y las responsabilidades de la medicina deben ser claramente comprendidos tanto por la profesión como por la sociedad, y en ello deberá asentarse el componente principal sobre el que se apoya la relación entre médico y paciente: la confianza.

Enseñar, transmitir estos valores, debe formar parte del trabajo de los médicos experimentados. El médico tiene la responsabilidad de enseñar la ciencia, el arte y la ética de la medicina a los futuros compañeros o a los médicos en formación, en cualquier etapa de ésta a lo largo de la vida profesional.

Los conocimientos teóricos tienen fecha de caducidad pero no las competencias relacionadas con el desarrollo personal, la comunicación, la capacidad de resolución y de trabajo en equipo. Valores

como la actitud (interés, amabilidad...), la responsabilidad, el altruismo, la honestidad, la ecuanimidad, etc., son fundamentales en la profesión médica y su enseñanza debería formar parte inexcusable en los currículos de la formación de pregrado y, más aún, en la de postgrado. Sólo así se puede lograr que la Medicina conserve el componente humano que la hace singular y diferente del resto de profesiones.

Escribe Marcos Gómez Sancho sobre la «Transmisión de los valores médicos en la Universidad»<sup>1</sup>:

Se ha confundido la misión tradicional del médico, esto es, aliviar el sufrimiento humano, y que en líneas generales se puede expresar de la siguiente manera:

*Si puedes curar, cura.  
Si no puedes curar, alivia.  
Y si no puedes aliviar, consuela.*

Aliviar y consolar es con frecuencia lo único que podemos hacer por ayudar al enfermo, pero que no es poco. El hecho de que al enfermo no se le considere muerto antes de morir, que no se considere abandonado por su médico, que le visita, le escucha, le acompaña, le tranquiliza y conforta, le da la mano y es capaz de transmitirle esperanza y confianza, es de una importancia tremenda para el paciente, aparte de una de las misiones más grandiosas de la profesión médica, profesión que posee la humilde grandeza de tener al Hombre como objeto... Ser médico es, en primer lugar, ser nada más que médico, y al mismo tiempo, ser médico hasta el final. Ningún médico está autorizado a abandonar a su enfermo por el mero hecho de padecer una enfermedad incurable y grave.

---

<sup>1</sup> M. Gómez Sancho. «Transmisión de los valores médicos en la Universidad». *Educ. Med.*, Dic. 2006; Vol. 9, Supl. 1: 44-48.

II.  
CIENCIA, VALORES Y ARTE MÉDICO

En los siguientes párrafos, transcribo en parte lo que escribí bajo el título «La medicina, una ciencia y un arte humanos».<sup>2</sup>

Desde que el mundo es mundo, el sufrimiento ha sido consustancial al ser humano. Propio e intransferible, único, irrepetible y dotado culturalmente de un halo de trascendencia, el sufrimiento forma parte de nuestra personalidad, es una creación mental del individuo que pone al descubierto zonas ni siquiera imaginadas de nuestro Yo más recóndito.

Y ante esta realidad, el ser humano ha ido reaccionando y adoptando actitudes que le permitiesen conocer y comprender el fenómeno, y situarse ante el mismo. En buena parte la armonización de dichos conocimientos y las actuaciones que de ellos se han ido generando forman el sustrato de la Medicina.

Es conveniente hacer un poco de historia, así como un análisis desde diferentes perspectivas —antropológica, filosófica y social— para tratar de entender como enfrentamos hoy estas realidades.

En la antigua Grecia, Sócrates, Platón o Jenofonte utilizaban el vocablo *fronesis* para significar: espíritu, mente, inteligencia, conocimiento, sabiduría, nobleza, magnanimidad, propósito, buen juicio, temple, ánimo, confianza en sí mismo... A lo largo del siglo V a.C, el concepto extiende su campo semántico a determinadas capacidades como el conocimiento del valor y del bien, el espíritu animoso, conocer los bienes supremos, conocer la causa última de las cosas y del universo.

Pero a partir de Aristóteles, aun conservando la polisemia anterior, *fronesis* se refiere cada vez más, no tanto a la vida contemplativa y a la comprensión teórica, sino a la vida activa y al entendimiento práctico, al mundo de las elecciones cotidianas, para las que se hace

---

<sup>2</sup> J.A. Gutiérrez Fuentes. «La medicina, una ciencia y un arte humanos». *Educ. Med.*, Dic. 2008; Vol. 11, Supl. 1: 11-15.

necesario poseer *buen juicio, temple, confianza en sí mismo para saber elegir aquello que resulte más conveniente* para activar o mantener la felicidad.

Ya entre los romanos, la *fronesis* se traslada al campo semántico de la «pro-videntia» (cuidado, cautela, previsión, provisión). Este último sustantivo se contrae en la forma «prudencia», que, en el lenguaje de Cicerón y de los juristas, pasa a significar *inteligencia práctica, ingenio, conocimiento*. Entre los «prudentes», el derecho deja de ser imperativo inflexible del orden público, la regla impuesta y absoluta; su fundamento no es ya la autoridad, sino la razón práctica, atendida a la *naturaleza de la cosa*.

Desde entonces, la «prudencia» alude a la *previsión racional*, es la virtud de actuar de forma justa, adecuada y con cautela, resultante de la inferencia o deducción basadas en la noticia del pasado, en el saber recibido de los «prudentes» y en el conocimiento de las circunstancias del presente. De raíz intelectual, la «prudencia» es un hábito que impulsa el obrar en el sentido de la *vida buena*.

Tomás de Aquino da centralidad a la «providencia» o «prudencia», que une racionalidad y actualidad circunstancial. Está convencido de que, a pesar de que el hombre puede «hacerse todas las cosas» por medio de su inteligencia, el dominio de la realidad al que accede, por su limitación y finitud, es un dominio inestable y mudable. Precisamente el dinamismo de la «prudencia» consiste en *ver y prever a través de la incertidumbre*, como sostiene citando a San Isidoro de Sevilla (Etymol)<sup>3</sup>: *Prudente significa cómo ver a lo lejos; es ciertamente perspicaz y prevé a través de la incertidumbre de los sucesos*.

En definitiva, la «prudencia» se construye sobre el conocimiento a través de la memoria, la inteligencia y la razón de las vivencias del pasado, y se pone en práctica contando con los fines y medios adecuados en cada caso y momento, para la mejor elección y ejecución de una acción determinada. Pero, sin que ello quiera significar la ausencia de principios y normas éticas universales.

<sup>3</sup> Tomás de Aquino. Suma Teológica II-IIae parte, q. 47, art. 1.

La *Ética*, como disciplina que tiene por objeto el «ethos»<sup>4</sup> integral, define la vocación humana de cada individuo dentro del conjunto. Ahora bien, sin perder de vista que cuando no se posea e impere la prudencia, integradora estable de todas las virtudes, faltará la predisposición al recto comportamiento en todas las ocasiones, así se equivocase el individuo innumerables veces.

Pero, si alcanzar la prudencia fue la meta de la educación durante la Edad Media, después del Renacimiento su ensamblaje se fue distorsionando y algunos aspectos alcanzaron gradualmente especial preponderancia. Diferentes intelectuales, desde Maquiavelo (1469-1527), hasta Gracián (1601-1658) en su *Oráculo manual y arte de prudencia*, colaboran a que la prudencia se vaya entendiendo más como astucia, cautela, simulación y dolo para no comprometerse en ninguna situación. Así, la audacia creativa y responsable en situación se ve sustituida por la habilidad para evitar las responsabilidades, escurrir el bulto, no correr riesgos.

Tanto es así, que Immanuel Kant (1724-1804)<sup>5</sup> evita la prudencia en su *ética*, al considerarla mera habilidad pragmática para ejercer influjo sobre los otros, para utilizarlos conforme a los propios desig-nios de bienestar privado.

La cuestión sigue candente hoy aflorando otras interpretaciones. Así, Fernando Savater en su libro *El Valor de Elegir*<sup>6</sup>, en el que expresa su rechazo a los dogmas, propone una *ética* y una *estética* de la contingencia, en la que lo contingente —lo que puede suceder, o no— es parte del precio de la superación, en tanto trascendencia. A la pregunta: ¿qué es lo que define al ser humano?, responde que *no son los instintos o nuestra situación genética, tan semejantes a los de otros animales, sino nuestra capacidad de decidir e inventar acciones que transforman*

---

<sup>4</sup> Ethos (etos): *Conjunto de rasgos y modos de comportamiento que conforman el carácter o la identidad de una persona o una comunidad. Diccionario RAE.*

<sup>5</sup> I. Kant. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres (Grundlegung zur Metaphysik der Sitten)*, 1785. Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 2ª. ed., 1963.

<sup>6</sup> F. Savater. *El Valor de Elegir*, Barcelona, Ed. Ariel, 2003.

*la realidad... y a nosotros mismos.* A tal disposición no la llama precisamente prudencia —término desgastado y con muchas connotaciones que ya no dicen lo que era la *fronesis* ni la vieja «prudencia» tomista—, sino simplemente *libertad*.

No obstante, siendo evidente que la carencia de libertad imposibilita el ejercicio de cualquier elección, incluso la prudente, la libertad solo es factible si se dan las virtudes y circunstancias que caracterizan a la *fronesis*.

En la *ética* clásica las normas elaboradas eran estables y se aplicaban en un mundo que las aceptaba y se sujetaba a ellas. Pero en la actualidad la *ética* se ha trasladado al desarrollo de la conciencia racional individual y al despliegue de una conciencia colectiva que pretende alcanzar el mejor juicio posible en casos y situaciones concretas. Esta *ética* no se plantea en base a ideales abstractos sino desde la experiencia adquirida de lo que somos y en la que transcurre nuestra existencia.

Sin embargo, esta concepción de la *ética* no siempre es fácil de llevar a la práctica. Al aceptar la *ética* como algo carente de referentes absolutos nos encontramos en la situación de enfrentar, con una voluntad débil, ignorante y cambiante, la realidad del día a día, que no es buena ni mala sino compleja, confusa y ambivalente como lo es la vida misma, y que nos devuelve a la reflexión moral. Sucede así con las actuaciones ante el enfermo, sobretodo cuando existe el dolor, el sufrimiento o ante el paciente terminal en las que se ha de asumir e integrar por un lado la indeterminación, la duda, la *incertidumbre*, y por el otro la deliberación juiciosa y fundamentada ante una situación concreta, compleja y variable. Hacerlo ante cada caso y circunstancia requiere de una capacidad juiciosa que podemos llamar arte: Arte Médico.

A lo largo del siglo XX proliferan los autores que entienden la *ética* como un arte para la vida, considerándola como la virtud, disposición y habilidad de vivir o de estar en relación. La *ética* educa para la libertad y el ejercicio de la autonomía que permite decidir qué es lo correcto, lo erróneo y lo que puede ser tolerado.

Es en la segunda mitad del siglo XX, que llevadas de la mano del desarrollo y avance de las ciencias médicas y de las tecnologías aplicadas a la medicina, empiezan a aparecer nuevas interrogantes: ¿cómo se define la vida de un ser humano?; ¿cómo se define la muerte?; ¿cuáles son las consecuencias del trasplante de órganos?; ¿cuáles las de las intervenciones y modificaciones sobre el genoma humano?

En este ambiente, el oncólogo danés Van Rensselaer Potter utiliza por primera vez en 1970 el término *bioética* con el que aludía a los problemas que el gran desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores<sup>7</sup>. Se pretende así, a través de una deliberación interdisciplinar, la formulación de unos principios que permitan orientar y humanizar el quehacer científico para afrontar con responsabilidad las posibilidades enormes que hoy nos ofrece la tecnología.

Poco después, a partir de 1971, otro danés, André E. Hellegers, da una orientación al concepto de *bioética* poniendo el énfasis en el estudio de los aspectos éticos implícitos en la práctica clínica, que llevaría a la actual definición de la Encyclopedia of Bioethics como *el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en tanto esta conducta se analiza a la luz de valores y principios morales*.<sup>8</sup>

También por entonces, Daniel Callahan y Willard Gaylin crean el *Hastings Center* que juega un importante papel en la difusión de la *bioética* a través de proyectos de investigación desde los puntos de vista médico-sociales, y en su aceptación como una doctrina arraigada en la cultura occidental, en el desarrollo secular de la práctica médica, y en el desarrollo teórico del pensamiento filosófico.

La *bioética* pretende regular la interacción entre el que posee el conocimiento y aquel al que se le ofrece y puede recibir la aplicación práctica del mismo, siempre orientada a ayudarle en la solución de

---

<sup>7</sup> V.R. Potter. *Bioethics: The Science of Survival*, «Perspectives in Biology and Medicine», 14, pp. 127-153, 1970.

<sup>8</sup> *Encyclopedia of Bioethics*. New York, 1978, 1995.

los problemas que le aquejan. De ahí la importancia, en la relación entre médico y paciente, de que este analice libremente y con plena autonomía (capacidad de pensar, decidir y actuar libre e independientemente), hasta donde su conocimiento se lo permita y aconseje, las implicaciones de los tratamientos propuestos, y participe con el médico en las decisiones. No dejan de ser los pacientes quienes corren los riesgos que surgen de la aplicación de una u otra prueba diagnóstica o tratamiento, y el médico el que se responsabiliza de su prescripción.

En la misma línea de razonamiento, Mark A. Siegler<sup>9</sup> sugiere que son dos los valores profesionales que resultan centrales en la práctica médica: la virtud aristotélica de *la phronesis*, entendida como una suerte de sabiduría práctica (capacidad de determinar el curso más adecuado de acción ante cualquier situación) que incorporaría tanto la competencia clínica como la capacidad de juicio clínico; y *el respeto por las personas* (*respect for persons*), que englobaría actitudes como la compasión, la honestidad, la confianza y el reconocimiento del derecho del paciente a realizar sus propias elecciones médicas.

Las dos «virtudes» destacadas por Siegler resumen con encomiable precisión el objetivo que pretende alcanzar el presente texto: afirmar que la humanización de la medicina no es, ni mucho menos, incompatible con la visión técnica de la disciplina y que, en último término, exige un aprendizaje paralelo del médico que se traduce en conocimientos, habilidades y actitudes<sup>10</sup>.

Cito finalmente el punto de vista de Edmund D. Pellegrino<sup>11</sup>, quien sobre «La ética médica en la era de la bioética», y pretendiendo situar hoy los conceptos de ética y bioética en el contexto de la profesión médica, escribe:

<sup>9</sup> M.A. Siegler. «Professional values in modern clinical practice». *The Hastings Center Report*; Jul/Aug 2000; 30, 4; Health Module: S19-S22.

<sup>10</sup> P. Gutiérrez Recacha. «La humanización de la medicina». *Educ. Med.*, Dic. 2006; Vol. 9, Supl. 1: 51-54.

<sup>11</sup> E.D. Pellegrino. «Medical ethics in an era of bioethics: Resetting the medical profession's compass». *Theor Med Bioeth* 2012 Feb; 33(1): 21-24.

De forma creciente a lo largo del pasado siglo, la ética médica, la vieja predecesora de la bioética, ha sido olvidada a la vez que se producía la rápida expansión del discurso bioeticista. Admitiendo la inclusión de las numerosas cuestiones emergentes por el progreso espectacular de la biotecnología y el aumento de la exposición social de los médicos, debemos continuar siendo conscientes sobre nuestros compromisos profesionales y las formas en que estos deben orientar nuestro carácter, nuestro comportamiento y nuestra identidad.

Estas observaciones no son un ataque a la bioética. La ética médica y la bioética, lo antiguo y lo moderno, se necesitan mutuamente. La bioética ha abierto el discurso a una gran audiencia sobre el uso de la tecnología... No obstante, las afirmaciones de algunos sobre que el activismo y las políticas públicas puede, o deberían poder, arrinconar la ética profesional son erróneas.

En este entorno, y en esta necesidad de saber que hacer en cada momento, desarrollan su actividad y asumen su responsabilidad los médicos y enfermeras ante el enfermo que sufre, en la mayoría de los casos agarrándose a su experiencia y a una *ética*, que afortunadamente aun se mantiene bastante próxima a la *fronesis* de Aristóteles y la sabiduría, la prudencia y el sentido común de Tomás de Aquino.

Y, es partiendo de estas reflexiones que intento ver la Medicina como una Ciencia que requiere para ser útil del Arte del médico para aproximarla al paciente. Arte entendido como una negación ante el reduccionismo (en este caso científico) y el dogmatismo (de escuela), y una apuesta por la apertura a la singularidad de cada ser humano.

Ya desde los griegos la medicina es una *techné* (es decir lo que los latinos tradujeron por *ars, arte o técnica*), no una *episteme*, porque trata de curar al enfermo singular, no solo de averiguar verdades universales e indiscutibles (que es lo que los griegos entendían por ciencia).

El arte médico consiste tanto en la determinación de las causas «científicas» de la dolencia como en la comprensión de la situación

personal del y por el paciente, porque se entiende que la curación es un proceso en que éste deberá dialogar consigo mismo (se supone que es la naturaleza quien cura y en la naturaleza del hombre está comprenderse a sí mismo) y con los males que le afligen, acompañado y ayudado por la actuación del médico.

Sin duda la medicina como hoy la vivimos se parece poco a la que podía haber hecho predecir la evolución histórica de los conceptos que van desde la *fronesis* hasta la *bioética*. Incluso en el corto lapso de tiempo de la vida profesional de los médicos actuales los cambios resultan asombrosos y en muchos casos desconcertantes. Como hace ya más de veinte años advirtió Roy Porter<sup>12</sup>, estamos de hecho ante una auténtica redefinición de la función del médico.

Mientras las expectativas se tornan ilimitadas, se convierten en irrealizables: la medicina deberá redefinir sus límites aun cuando incrementa sus capacidades.

Pero, las causas profundas de lo que sucede no se pueden reducir a un problema que afecte solo a la medicina o a los médicos, y residen en un conflicto moral más amplio y más grave que afecta a la sociedad en su conjunto, a una sociedad que no sabe muy bien ni lo que quiere ni lo que está dispuesta a poner en juego para conseguirlo, pero que, de momento, coloca a los médicos en una situación de insalvable ambigüedad frente a los enfermos.

En palabras del filósofo J.L. González Quirós<sup>13</sup>,

...el médico dedicado a la clínica (no, por supuesto, el médico dedicado a la investigación), sea cual sea la calidad de su preparación científica, no es propiamente un científico, no tiene que dirigir sus pasos al establecimiento de una verdad abstracta que puede resultar inútil

---

<sup>12</sup> R. Porter. *The Greatest Benefit to Mankind*. New York: Norton & Company, 1998, p. 718.

<sup>13</sup> J.L. González Quirós. «Valores, modos y modas en el ejercicio de la Medicina». *Educ. Med.*, Dic. 2006; Vol. 9, Supl. 1: 15-20.

para su paciente sino a la curación de la persona concreta que tiene a su cargo. En el trabajo del médico el carácter práctico tiene que predominar necesariamente sobre su carácter teórico. Se halla, por tanto, frente a la necesidad de formular juicios prácticos, aquellos sobre cuya dificultad especial ya llamó la atención precisamente uno de los investigadores que más contribuyó a hacer de la medicina se convirtiera en una Ciencia. Ésta es la reflexión de Claude Bernard:

*En efecto, el médico no es, en modo alguno, el médico de los seres vivos en general, ni siquiera el médico del género humano, sino el médico del individuo humano, y además el médico de un individuo en determinadas condiciones morbosas peculiares a él, y que constituye lo que se ha llamado su idiosincrasia<sup>14</sup>.*

En ese contexto, el médico está necesariamente abocado a dar por buenas cuantas cosas le han sido enseñadas y a hacerlo con la única libertad que le pueden permitir los siempre estrechos límites de su experiencia personal. El médico está especialmente inclinado a creer en la verdad de unos remedios cuya validez no siempre ha podido comprobar de primera mano (y eso dejando de lado las paradojas que acompañan a cualquier análisis de los procesos de verificación). El médico es, antes que un investigador o un teórico cuyo buen oficio consiste en la capacidad de poner en duda buena parte de lo que se le ha enseñado, un miembro de una profesión que ha de actuar necesariamente conforme a unos saberes fundados con mayor o menor rigor, a unas normas establecidas con mayor o menor acierto y a una experiencia clínica personal más o menos rica.

Pero, volvamos la vista al objeto de nuestra consideración, y preguntémosnos ¿cuál es finalmente el objetivo del ejercicio de nuestra profesión? Parafraseando a Ramón Atalaya, catedrático colombiano

---

<sup>14</sup> Cl. Bernard. *Introducción al estudio de la medicina experimental* (trad. al español de Luis Alberti). En: Laín Entralgo, P. (ed.). Claudio Bernard. Madrid: Ediciones el Centauro; Clásicos de la Medicina. 1947, p. 258. (Orig. 1865).

que hace mas de 50 años decía a sus alumnos: *La medicina cura en una tercera parte de los casos, alivia en las dos terceras partes y consuela en todos los casos*. Y seguidamente, a la pregunta anterior, hoy podríamos añadir otra: ¿seríamos capaces de analizar cuál son los porcentajes de este aserto de Atalaya en el ejercicio actual de nuestra profesión?

A mediados del s. XV, Paracelso hizo la que es posiblemente la mejor definición humanística de la Salud: *El equilibrio del ser humano consigo mismo y con su medio ambiente*. Si aceptamos esta definición, cada uno de nosotros podríamos preguntarnos también: ¿en el ejercicio de mi actividad como médico procuro que mis pacientes lleguen a obtener el equilibrio al que se refiere Paracelso?, ¿cuál es pues mi misión como médico?, ¿logro, además de curar, el objetivo de transmitir consuelo y satisfacción consigo mismos a mis pacientes?

Consideremos un tercer hecho: al valorar la satisfacción de los pacientes ante la «prestación sanitaria» en diferentes países, se repite con contumacia el destacado aprecio por la labor de los médicos, y se valora en ellos de forma destacada su actitud (interés, amabilidad...), por encima de otros adjetivos como la sabiduría, presencia, eficiencia, fama, prestancia, conocimientos o habilidad. Una enseñanza para meditar que nos dice que el paciente no acude a la consulta solo en busca de la curación de su enfermedad; busca también, y de manera fundamental, alivio, consuelo, comprensión y apoyo.

Está claro que la medicina se basa en la ciencia, pero, tal como afirmó Hipócrates, su ejercicio se asimila al del arte: *El oficio es duro y el arte difícil*. La ciencia tiene que probar y comprobar, es fría, es estricta y precisa, no tiene sensaciones. El arte expresa emociones y sentimientos, es amplio y no tiene límites. El científico debe ser exacto, no tiene derecho al titubeo; el artista se desenvuelve dentro de la amplitud, la condescendencia, y su manera de actuar le confiere un estilo. Si bien es deseable para el médico no involucrarse sentimentalmente con el paciente, ello no puede abocar a la dureza y la adustez o ser un obstáculo para la amabilidad y proximidad.

Estudios, investigaciones, evidencias, academias, reuniones, congresos solo tienen un objetivo: el paciente. El paciente es el objetivo de la buena medicina. Se habla de «la ciencia médica» y es correcto, ya que la medicina sin la ciencia no podría existir. Sin embargo, la práctica médica sin el arte médico carece del vehículo y el estilo necesarios para su buen ejercicio.

¿Cuál es, entonces, nuestro «estado del arte» en el trabajo diario? ¿Acaso el sistema en el que nos desenvolvemos, que ha trastocado al paciente en cliente y a la actuación médica en un «bien de consumo», se ha constituido en un obstáculo para que *nuestra* ciencia no nos permita el arte?

Se habla de los corsés que tiene el sistema de salud bajo cuyo imperio debemos ejercer. Cabe preguntarse: ¿El sistema que ampara el trabajo médico hace que el arduo oficio, al que se refería Hipócrates, sea más difícil al punto de hacer imposible el ejercicio del arte?

Sin lugar a dudas, la medicina se estructura en torno a la aplicación de conocimientos científicos, datos fácticos en permanente revisión, obtenidos por medio de un proceso de experimentación sistematizado. Sin embargo, y desde el momento que se trata de un conocimiento que el hombre posee y aplica sobre sus pares, la medicina asistencial trasciende la aplicación de información científica.

Surge, en consecuencia, una dimensión interpersonal desde dónde se forja la *atmósfera terapéutica*, ingrediente tan importante para el logro de una medicina efectiva como la presencia misma en el médico de un conocimiento científico adecuado. Es precisamente en la gestación de dicha atmósfera, dónde reside el componente artístico del acto médico.

La transmisión de sentimientos y emociones está presente cuando el médico logra a través de su actitud, que el paciente perciba el afecto que éste le profesa y el interés que tiene en ayudarlo. Esta situación consolida la unión médico-paciente, facilitando la confianza del enfermo y su comprensión de los consejos y las prescripciones de su terapeuta.

La otra faceta artística de la labor médica asistencial consiste en que durante una buena relación médico paciente se reeditan a un nivel inconsciente, el pensamiento mágico (basado en la fe, la imaginación, los deseos, las emociones o las tradiciones) y sus contenidos arquetípicos. El arquetipo que se despliega en dicha situación es el del héroe épico (paciente), la prueba que debe superar (enfermedad) y la ayuda que recibe por parte del demiurgo —maestro— auxiliador (médico). Desde esta magia inconscientemente evocada se sustentan sentimientos de fe y esperanza de superar la enfermedad, que ayudan al paciente a transitar los difíciles caminos del diagnóstico y el tratamiento.

José R. Ayllón<sup>15</sup> escribe sobre la *Justificación antropológica de los valores médicos*,

...los valores en general, y los valores médicos en particular, solo se pueden fundamentar en la base y la raíz de las acciones humanas. Esta base y raíz es precisamente la naturaleza humana.

Nadie puede negar que seamos animales racionales, habladores, libres, sociales, sentimentales... Pero la interpretación de esos datos ciertos es incierta, múltiple y contradictoria, pues da lugar al realismo de Aristóteles y al idealismo de Platón, al racionalismo de Descartes y al irracionalismo de Nietzsche, al positivismo de Comte y al vitalismo de Ortega, al existencialismo de Sartre y al personalismo de Mounier...

...Por fortuna, en última instancia, todas las posibles lecturas de la naturaleza humana se pueden reducir a dos, en directa correspondencia con las dos formas últimas de entendernos a nosotros mismos: el materialismo y la trascendencia.

El materialismo piensa que el ser humano es, como escribe Borges: *Uñas, carne, sudor, vísceras, dientes*. Y, su destino, según leemos en otro célebre verso de Quevedo, es acabar *En tierra, en polvo, en humo, en sombra, en nada*.

---

<sup>15</sup> J.R. Ayllón. «Justificación antropológica de los valores médicos». *Educ. Med.*, Dic. 2006; Vol. 9, Supl. 1: 42-43.

Muy al contrario, desde la apertura a la trascendencia se puede ver al hombre como primo del mono, pero además y sobre todo, como criatura divina.

Ambas posibilidades fundamentan, de forma muy diferente, valores médicos esenciales, entre los que destaco el respeto a la vida, la compasión y la responsabilidad. Desde un pensamiento materialista, la última instancia fundante de la práctica médica es la legislación. En cambio, para la trascendencia, las leyes humanas deben reflejar, explicitar y respetar otras leyes más altas, escritas en la Naturaleza por su propio Autor...

... Si ser considerado hijo de Dios no siempre ha sido suficiente para proteger al hombre, ser mero animal racional o animal social es dar demasiadas facilidades para pisotearlo. Lo hemos comprobado más que nunca en el siglo XX, pues hemos sido capaces de inventar la música de cámara y la cámara de gas.

Hace unos años en una editorial en el *British Medical Journal*<sup>16</sup>, podía leerse que las tres palabras más importantes en educación son: «I don't know» («No lo sé»). Es claro que la práctica médica no es sencilla por su «inherente incertidumbre», lo que hace que el razonamiento clínico no sea siempre fácil. Por esta razón, no es malo el no saber algo siempre que esto nos motive a aprender más y a ayudar a otros a aprender.

La educación médica tradicional ha enfocado su énfasis en el desarrollo del conocimiento, las destrezas y actitudes, cuando en el mundo moderno no sólo se debe educar para la competitividad sino para la capacidad de adaptarse al cambio, de generar nuevo conocimiento y de mejorar continuamente nuestro desempeño.

Si bien la medicina se ha definido como el «arte y ciencia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento de la salud», o también como «el arte de prevenir o curar la enfermedad», para algunos la medicina moderna no es ni «el arte de algo ni ninguna ciencia», sino un agregado de artes y/o disciplinas. Y,

---

<sup>16</sup> *BMJ* 1999; 318: 0.2.

es en este contexto que la educación médica debe tener muy bien definidos sus metas y procesos para lograr hacer de los estudiantes personas con la capacidad de practicar la medicina. Se trata de lograr que el aprendizaje no sea sólo una transmisión de hechos y contenidos, sino más bien un proceso activo a través del que, a la vez, se desarrollan destrezas y sensibilidades para toda la vida.

Lamentablemente, una de las carencias de la educación médica actual radica en la dificultad de transmitir habilidades relacionadas con lo humano, con lo afectivo, lo ético o lo moral. Es ese algo que no siempre se encuentra o es fácil obtener de los libros y que tenemos tan cerca como la práctica a la cabecera del paciente, de la mano del compañero médico y maestro.

Concluyo citando a William Osler, quien en una conferencia dirigida a los estudiantes de medicina en 1903, con motivo de la dedicación de los nuevos laboratorios de Fisiología y Patología en la Universidad de Toronto, decía sobre *La palabra clave en medicina*<sup>17</sup>:

...(). Y la consigna es *Trabajo*, una pequeña palabra, como os he dicho, pero llena de trascendentales consecuencias si podéis grabarla en el corazón y ceñirla en la frente.

Y más adelante,

Como el arte, la medicina es una señora exigente, y en el seguimiento de una de sus ramas científicas, a veces también en la práctica, ni una porción del espíritu del hombre puede quedar libre para otras distracciones, ...

Y enfatizaba a sus alumnos,

Más que ningún otro el médico puede ilustrar la segunda gran lección, que *no estamos aquí para sacar de la vida cuanto más podamos para*

---

<sup>17</sup> W. Osler: *UN ESTILO DE VIDA» y otros discursos, con comentarios y anotaciones*. Unión Editorial. Fundación Lilly. 2007: 311-341.

## SER MÉDICO

*nosotros mismos, sino para intentar que la vida de los demás sea más feliz. Es imposible que nadie tenga mejores oportunidades para vivir esta lección que las que vosotros vais a disfrutar.*

La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza. Con frecuencia lo mejor de vuestro trabajo no tendrá nada que ver con pociones y polvos, sino con el ejercicio de la influencia del fuerte sobre el débil, del justo sobre el malvado, del prudente sobre el necio...

Y concluía,

Se ha hecho mucho, pero mucho queda por hacer; un camino ha sido abierto, y las posibilidades para el desarrollo científico de la Medicina parece que no tuvieran límite. Excepto en su aplicación, como médicos generales, no tendréis mucho que ver con esto. Vuestro es un deber más alto y sagrado. No penséis en encender una luz que brille ante los hombres para que puedan ver vuestras buenas obras; al contrario, pertenecéis al gran ejército de trabajadores callados, médicos y sacerdotes, monjas y enfermeras, esparcidos por el mundo, cuyos miembros no disputan ni gritan, ni se oyen sus voces en las calles, sino que ejercen el ministerio del consuelo entre la tristeza, la necesidad y la enfermedad.

### 3

## LA ENFERMEDAD HUMANA\*

José de Portugal Álvarez\*\*

Para facilitar su conocimiento y utilización práctica, la enfermedad ha sido estructurada por los hombres que se dedican a ella en un conjunto de apartados (etiología, patogenia, anatomía, patología, fisiopatología, clínica, evolución y pronóstico) que de manera convencional representan las fases de su historia natural referidas, en resumen, a su producción y a su manejo clínico. Sin embargo en lo que a la Medicina humana se refiere, esta estructuración nosológica de la enfermedad puede y debe ser traspasada por una interpretación antropológica que convierta su conocimiento y manejo en específicamente humanos.

A cómo se estructura la enfermedad desde el puro trastorno material a la afectación de la persona que lo padece y como esta estructuración conserva en el hombre un recuerdo filogenético, van encaminadas las páginas siguientes.

Reducida a un esquema elemental, es posible comprender la enfermedad como un proceso dinámico que se inicia por el desorden de una estructura específica e individual de la naturaleza. Tal desorden estructural conlleva en su seno una alteración de la función, obligada por la realidad unitaria estructura-función. A continuación, o desde

---

\* Republicado con permiso de *De la Medicina y el Médico*, KOS: Madrid 2011, pp. 85-96.

\*\* Catedrático de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

el inicio del desorden, aparece una reacción de carácter autorreparador adecuada y consecutiva a la acción desordenada. Es decir, desde una óptica elemental, la enfermedad consiste esencialmente en un proceso autorreparador del desorden que aparece en una estructura específica e individual. Que tal autorreparación sea eficaz o no y, si lo es, en las distintas maneras y medidas en que lo puede ser, es ya otra cuestión que pertenece al proceso evolutivo de la enfermedad.

Pero, volviendo a la esencial definición de enfermedad, es claro darse cuenta que, reducida la enfermedad a esas notas esenciales, no se refiere todavía de una manera exclusiva a la enfermedad humana, sino que puede corresponder tanto a la del hombre como a la del animal e incluso a la del vegetal, porque tanto en unos como en otros se dan desórdenes estructurales, con sus correspondientes procesos de autorreparación.

Es, pues, necesario, si queremos estructurar, al menos esquemáticamente, el concepto de enfermedad humana, perseguir la dinámica filogenética del proceso morboso a través de la escala genérica de la naturaleza. Porque, de entrada, parece aceptable que la enfermedad en su ascenso filogenético se va complejando paralelamente a la progresiva complejidad de la estructura y la función, hasta adquirir la enfermedad humana una categoría superior.

## I.

### LOS NIVELES FILOGENÉTICOS DE VIDA

En el intento de analizar la enfermedad con una perspectiva antropológica, vamos a utilizar de partida un método analógico que nos permita la visión, aunque somera, de las formas o niveles de vida en cada una de las escalas estructurales de la naturaleza, si bien partiendo del estadio vegetal y dejando aparte otras estructuras biodes inferiores. Laín Entralgo ha estructurado conceptualmente tres niveles de vida, el vegetal, el animal y el humano, que nos sirven de punto de partida para deducir de ellos tres niveles respectivos de enfermedad.

En efecto, considerando la vida, en una primera y elemental instancia, como una unidad estructura-función que sigue un modo ordenado (y eventualmente desordenado) de existencia, es posible entender la enfermedad, reducida a su esquema esencial, como el modo desordenado de la vida, es decir, de la unidad dinámica estructura-función.

En términos fenomenológicos, la vida del vegetal es exclusivamente pasiva o receptiva, es decir, el vegetal se limita a recibir, sin buscarla, la impulsión exógena necesaria para su vida y la reproducción de ésta. El vegetal tiene, pues, una vida puramente aferente, aceptiva dice Laín, que es gobernada exclusivamente, tanto en lo normal como en lo patológico, por reacciones consecutivas a acciones físico-químicas.

El animal, ciñéndonos especialmente al mamífero superior, además de lo anterior, es decir, de una vida aceptiva de fundamento y gobierno físico-químico, posee una vida quisitiva (Laín), dirigida por algunas ganancias del animal respecto al vegetal, especialmente el instinto y el sentimiento.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Hay otra ganancia del animal con respecto al vegetal que es un reflejo de una diferencia esencial entre seres unicelulares y pluricelulares: la aparición del medio interno, que, en el caso del animal, supone una organización definitiva en relación al vegetal. La vida se realiza en un ciclo continuo de transferencias entre el cuerpo y su medio externo en busca de un equilibrio energético entre ambos que sólo se consigue de una manera constante y perdurable con la muerte del cuerpo. El concepto de equilibrio energético es obviamente impreciso, ya que no conocemos con exactitud los gradientes energéticos entre medio externo y cuerpo y, menos todavía, los «gradientes cualitativos» de energía entre ambos, en cuya explicación deben estar las razones de la vida. Pero se entiende que la influencia del medio externo sobre el cuerpo vivo es más importante que al revés, al punto que las aferencias que éste recibe de aquél son más influyentes que sus aferencias, con lo cual el medio externo es capaz de someter al cuerpo vivo a sus propias condiciones, esclavizándole a sus exigencias, privándole de libertad para su evolución y su vida.

Ello sería así inevitablemente, si entre el medio externo y el compartimento celular o activo del cuerpo no existiera una zona biológicamente constante, «el medio interno», que protege a este compartimento de la avalancha de aferencias que el medio externo envía como consecuencia de su inconstancia. Es decir, entre el medio externo inconstante y el compartimento celular hay un medio constante que amortigua la influencia

Es obvio que el instinto supone en el animal una adquisición nueva en relación con el vegetal anterior; incluso es lícito pensar, con un sentido meramente estructural, que el instinto significa tan sólo una organización elevada, «animalizada», de la trama biológica, fisicoquímica, del vegetal. Y en el orden funcional debemos entender que el instinto representa como una reacción anticipada a lo que biológicamente va a ocurrir, condicionando tal anticipo, en alguna medida, lo que está ocurriendo, el curso mismo de la acción (Lain), y lo que hoy sabemos es que se realiza mediante complejos mecanismos en *feedback* o retroacción, cuya trama funcional se organiza, en última instancia, sobre acciones y reacciones físico-químicas. La fisiología moderna nos enseña que el análisis pormenorizado de cualquier instinto no descubre en su estructura biológica más elementos que los de índole físico-química, si bien a más alto nivel de organización que en la vida vegetal. Sin embargo, el fundamento físico-químico del instinto no resta a su aparición categoría de novedad filogenética, pues si bien el instinto asume en su estructura

---

del primero sobre el segundo. Si no existiera este amortiguador del ciclo «medio externo-compartimento celular», este ciclo giraría con gran rapidez y no permitiría la especialización y evolución celulares. Filogenéticamente cuanto más estructurado y constante es el medio interno mayor especialización y evolución se consigue. La individualización y constancia del medio interno son, a su vez, una consecuencia de la evolución morfológica y funcional del ser vivo. El organismo mono u oligocelular es absolutamente dependiente de su medio externo, dentro del cual y en íntimo contacto, vive y evoluciona a expensas de los intercambios o transferencias con él: adquiere sustancias que le son necesarias y elimina las tóxicas e inútiles. Pero estas transferencias son en este organismo directas o prácticamente directas e inexorablemente impuestas por el medio externo, sin que la célula ejerza influencia alguna.

La evolución del ser vivo a una estructura de organización pluricelular es paralela al alejamiento del medio exterior de las células constituyentes. Este alejamiento lo produce la aparición del medio interno y condiciona que las transferencias entre medio externo y compartimento celular ya no sean directas sino a través del medio interno, con lo que la célula gana independencia y libertad, necesarias, como en cualquier orden de la vida, para el desarrollo especial y la evolución («Sólo la constancia del medio interno es condición de vida libre» dijo Claudio Bernard). Pero parece evidente que la mayor individualización y organización celulares del ser vivo imponen mayor entidad a su medio interno cerrándose un ciclo evolutivo en retroacción.

modos de la vida vegetal, la diferencia vegetal-animal, inicialmente cuantitativa, se va haciendo en el curso filogenético y ontogénico cualitativamente divergente.

Lo mismo que el instinto, o mejor, en colaboración con él, el sentimiento está ya presente en la vida animal y en gran medida la dirige y modula. El animal, dijimos, tiene una vida quisitiva, de él hacia fuera (busca, persigue, captura), y no sólo aceptiva (de él hacia dentro), como el vegetal, y para ello necesita primero sentirse a sí mismo (autosentiscencia), después sentir al medio en que vive (sentiscencia). Los sentimientos que representan la vida sentimental del animal son, desde el punto de vista antropocéntrico, de escasa o ninguna categoría personal, muy próximos a la corporalidad, concretamente a la sensación, e integrados prácticamente en el *pool* funcional del instinto. Son, sobre todo, sentimientos sensoriales y también sentimientos vitales, según la clásica gradación fenoménica de Max Scheler.

Para el filósofo alemán de la ética material de los valores, la profundidad del sentimiento va esencialmente unida a cuatro grados muy característicos del mismo, que corresponden a toda la estructura de nuestra experiencia humana y que se jerarquizan principalmente en función de su vinculación al «yo». Según esto, los *sentimientos sensibles o sensoriales* constituyen el grado más elemental del sentimiento. Son, para decirlo en un rápido inventario de sus notas más distinguibles, sentimientos corporalmente localizados y en estrecha vinculación con la sensación, es decir, no se pueden desvincular en la atención de los contenidos sensoriales que le son inherentes; son también temporalmente localizados, es decir, son, por su esencia, exclusivamente actuales y, por ende, pasajeros y efímeros, aunque repetibles; son, en fin, para decirlo de una manera funcional, sentimientos que sirven a los instintos de supervivencia y reproducción, es decir, de conservación del individuo y de la especie. Recuérdese, a título de ejemplo, los sentimientos vinculados a sensaciones de hambre, de sed, de dolor, de genitalidad sexual, etc.

Los *sentimientos vitales* son también «sentimientos del cuerpo», pero la simple enumeración de sus principales rasgos fenoménicos deja entrever alguna elevación desde la más estricta corporalidad. Son, por lo pronto, sentimientos que participan del carácter extensivo del cuerpo (bienestar, malestar, cansancio, lozanía, sentimiento de salud o enfermedad, etc.); al contrario que los sensoriales, que son localizados, son, pues, holísticos, a la vez que unitarios. En segundo lugar, si los sentimientos sensoriales informan de una parte del cuerpo, los vitales informan de la vida misma, como realidad sustancial y accidental: sentimiento de vida y su ascenso y descenso, su salud y enfermedad, su malestar y bienestar, su peligro, su porvenir, etc.

En el orden humano, para el que Max Scheler organizó su clasificación, los sentimientos vitales se expresan anteponiendo el pronombre «me» (me siento agotado, me siento enfermo, me siento fuerte, etc.), y este «me» representa al «yo corporal», la conciencia unitaria de la vida.

En el orden animal más que los sentimientos sensoriales, los vitales integran el «sentirse a sí mismo», lo que Zubiri denomina auto-sentiscencia, referido a niveles inferiores prehumanos. Finalmente, los sentimientos vitales son capaces de portar un contenido valioso del entorno en que se vive: «sentir el medio», o sentiscencia de Zubiri. De esto, y de alguna manera, se deriva el hecho de que los sentimientos vitales participan en la función del *con-sentir* y el *re-sentir* y fundamentan ya en alguna medida la conciencia de comunidad.

En suma, la vida quisitiva del animal está dirigida por el instinto (necesidad corporal que hay que cumplir) y por los sentimientos sensoriales y vitales que constituyen la autosentiscencia y sentiscencia.

El hombre como realidad objetiva es genéricamente un animal, y, por ende, los modos de vida antedichos, vegetal y animal, son asumidos en su vida propia. Pero siendo el hombre distinto al vegetal y al animal, ¿cómo adquiere su categoría de tal? Un intento de respuesta a esta pregunta trascendental nos llevaría a una larga y

seguramente deficiente revisión de todo el pensamiento antropológico histórico y actual. Ciñéndonos a nuestro propósito y a la escueta línea que llevamos, digamos simplemente que el hombre adquiere el máximo rango antropológico mediante la ganancia de dos principios fundamentales: uno, todavía de importante soporte orgánico, la inteligencia, y otro supuestamente supraorgánico, el espíritu, de los que derivan, salvando aquí complicadas explicaciones filosóficas, el conocimiento y la personalidad (la conciencia individual del «sí mismo») y el sentido creador de la existencia. Estos dos principios nuevos enriquecen indefinidamente al hombre, y bien podemos decir, epigramáticamente, que la vida del hombre es una vida «senso-intelectiva», incluyendo en la fracción «censo» los sentimientos espirituales. Estos sentimientos, los más elevados de la escala scheleriana, son privativos del hombre y están precedidos, por decirlo de alguna manera, de los sentimientos anímicos, también de exclusiva propiedad humana.

Los *sentimientos puramente anímicos* no son estados ni funciones del «yo» como los anteriores, sino que son, de suyo, cualidades del «yo». Se alejan, elevándose, de la mera corporalidad, si bien la categoría cambiante que tales sentimientos experimentan en función del soporte orgánico del hombre, más concretamente de los sentimientos sensoriales y vitales, no elimina su elevada peculiaridad. Estos sentimientos vienen determinados por una motivación (estoy alegre o triste por algo) y son, por consiguiente, comprensibles.

Por el contrario, los *sentimientos espirituales* son siempre absolutos y no relativos a contenidos extrapersonales ni a la fuerza motivadora de éstos. En efecto, nos podemos «estar desesperados por algo» o «ser felices en algo» en el mismo sentido en que podemos estar alegres o tristes, ser afortunados o desafortunados por algo. Es más, el mismo Max Scheler dice que cuando el algo por lo que estamos felices o desesperados puede indicarse y está dado, es que todavía no estamos felices ni desesperados. Se admite fácilmente que estos sentimientos espirituales traspasan todos los contenidos de la vivencia, están más allá de la motivación y tienen carácter absoluto. En

ellos es ya imposible todo carácter de estado. En la beatitud y desesperación auténticas, lo mismo que en la serenidad y en la «paz del alma», manifiéstase como extinguido todo estado del «yo»; son estos sentimientos espirituales, cualidades inherentes al ser; son, para decirlo brevemente, modos de ser y no modos de estar como los anteriores. Son estos sentimientos notas expresivas de la interioridad del hombre, de su intimidad, en última instancia, de la persona, porque, en términos zubirianos, el hombre se hace persona en función de su propia intimidad. Para el mismo Max Scheler sólo los sentimientos espirituales son accesibles al amor y sólo a través de él aparece la persona como realidad humana portadora de valores espirituales.

Si admitimos, como parece cierto, que el hombre asume en su existencia los modos de vida animal y vegetal, si bien con ciertas notas divergentes nuevas en cada subida filogenética, podemos resumir de una manera sintética todo lo que venimos diciendo en los siguientes términos: en el hombre, mediante una artificiosa di-  
 ección analítica, es posible admitir tres niveles de vida, que, por supuesto, integran una auténtica unidad sustancial. Hay un primer nivel de *vida aceptiva*, puramente material, físico-químico, que corresponde, como es sabido, a la simple vida vegetal. Por encima de este nivel existe otro de *vida quisitiva*, de base instintivo-sensorial, que corresponde a la vida animal. Y, finalmente, el más alto nivel de *vida sensointelectiva*, consciente y espiritual, que constituye el fundamento de la vida humana.

Por todo lo dicho es, al menos, intuible que estos tres niveles de vida parten de la materialidad, es decir, de la mera corporalidad, para llegar a la espiritualidad, desde el cuerpo al espíritu, desde modos de estar a modos de ser, porque, sencillamente, el cuerpo está y el espíritu es. Y desde el «estar» corporal al «ser» espiritual hay un espectro intermedio de sentimientos que constituyen el «sentir». De tal manera que con una intención antropocéntrica y, obvio es decirlo, puramente convencional, podemos admitir que el vegetal «está», el animal «está y siente» y el hombre «está, siente y es».

II.

LA ESTRUCTURACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Llegado aquí nuestro discurso estamos en medianas condiciones para analizar por separado la enfermedad vegetal, la enfermedad animal y la enfermedad humana. Pero no habremos de hacerlo así, sino que vamos a limitarnos a comprender estructuralmente la enfermedad humana con una perspectiva integradora de los tres niveles de vida, ahora trastornados por la enfermedad, dado que en el hombre, en el que todos los acontecimientos biológicos y existenciales tienen siempre un recuerdo filogenético, la enfermedad lleva siempre en la trama de su estructura antropológica algo o mucho de cada uno de esos tres niveles.

Si la vida del hombre consiste, desde la óptica estructuralista intencionadamente simple que hemos desarrollado, en «estar, sentir y ser», su enfermedad, *mutatis mutandi*, puede ser comprendida también a tres niveles correspondientes: el estar enfermo, el sentirse enfermo y el ser enfermo, nomenclatura ésta que debe ser desprendida del habitual sentido que tiene y entendida aquí de la manera que vamos a explicar.

El «estar enfermo» es el nivel de enfermedad que corresponde a su definición elemental: alteración estructural y dinámica de alguna parte del cuerpo, orgánica, celular o bioquímica, pero, a la postre, siempre desorden somático exclusivo, si bien con su consecuencia funcional obligada. Desde Galeno a Virchow se ha sostenido ineludiblemente que el *ens morbi* —lo que la enfermedad tiene de realidad principal— lleva esencialmente en su estructura una lesión somática. Es evidente que en nuestra Medicina actual hemos penetrado más hondamente en el concepto de lesión mediante la percepción óptica estructural y, sobre todo, a través de una interpretación lesiona; más sutil que nos permite entenderla a nivel molecular, bioquímico y biofísico. Pero, en cualquier caso, desde lo microscópico a lo todavía inapreciable, pasando por el fino disturbio bioquímico, la lesión somática constituye el sustrato más elemental y

principal de la enfermedad, su cimiento puramente corporal. La enfermedad es un estado del cuerpo, porque sea psicógena o su expresión únicamente psíquica, la enfermedad supone siempre una alteración del cuerpo o en el cuerpo. Es el «estar enfermo» según dimos al «estar» representación del cuerpo como materia, y es, en el orden filogenético, equivalente a la enfermedad vegetal. Si se admite lo que venimos diciendo, se deducirá fácilmente que a este nivel, meramente material, la enfermedad en el hombre (todavía, por supuesto, no enfermedad humana) es tan sólo una alteración sin síntomas, es decir, trastorno asintomático. El síntoma, como luego veremos, necesita cierta altura sensorial y sentimental que no existe todavía cuando la enfermedad está localizada única y exclusivamente a nivel del disturbio somático. El síntoma es siempre una realidad psicosomática, es decir, junto al disturbio puramente somático (inflamación, necrosis, rotura, espasmo, etc.) hay un contenido psíquico, que puede ir desde la simple sensación hasta la más alta interpretación intelectual, pasando por todos y cada uno de los sentimientos schelerianos.

Pero si es enfermedad sin síntomas, puede ser enfermedad con signos. En términos genéricos, signo es todo dato perceptivo que directa o indirectamente denuncia la existencia de una determinada realidad. Así, pues, la lesión somática, bien sea del órgano, del tejido o de la célula, que constituye la realidad esencial y primera de la enfermedad, el «estar enfermo» según nuestra descripción, puede ser perceptible mediante signos o datos que se expresan espontáneamente o son captados con técnicas especiales, pero sin ningún componente sensorial ni sentimental, ni obligatoriamente intelectual, por parte del sujeto que porta la lesión. El signo clínico es por definición tradicional un dato meramente objetivo, mientras que el síntoma es fundamentalmente subjetivo. La Medicina moderna ha permitido con el progreso de las técnicas exploratorias la conquista de signos o datos más profundos, más directos y muchas veces más precoces que los que la clínica tradicional nos ofrecía. Recuérdese al respecto la penetrante perceptibilidad que nos ofrece la

biología molecular, los estudios histológicos *in vivo*, la radiología moderna, la endoscopia, la bioquímica analítica, los isótopos, etc., que, en alguna medida y de distinta manera, nos permiten la percepción próxima de la lesión.

Resumiendo y reiterando las líneas anteriores, debe entenderse, dentro de las coordenadas que hemos establecido, que el «estar enfermo» corresponde al momento físicoquímico, material o corporal de la enfermedad, sin alcanzar todavía niveles sensoriales ni sentimentales, pero con posible expresividad objetivable en forma de datos clínicos, analíticos o instrumentales. Un ejemplo, al menos, terminará por aclarar el concepto: un sujeto porta un cáncer de colon, o un enfisema o una atrofia gástrica, o una estenosis mitral, o una diabetes, etc., y durante más o menos tiempo puede estar asintomático, aunque cada uno de estos disturbios somáticos es susceptible de ser objetivado a través de signos clínicos, analíticos o instrumentales. Pues bien, cada una de estas alteraciones morfológicas o bioquímicas, que han servido de ejemplo, constituyen en sentido estricto lo que denominamos el «estar enfermo», es decir, el porte de una alteración o lesión somática, al margen de su potencial y posterior evolución sintomática.

En el núcleo elemental de la enfermedad —estructural y autorreparación— ésta última puede sobrepasar en categoría patológica al trastorno inicial de la estructura-función y protagonizar la dinámica de comienzo de la enfermedad, expresándose en signos. Por ejemplo, la lesión celular (hipóxica, química, física, biológica, inmunológica, etc.) puede sobrepasarse objetivamente por fenómenos de autorreparación que en el orden estructural serían la inflamación, la regeneración celular, la cicatrización, etc., y en el orden funcional las distintas adaptaciones fisiopatológicas. Podía pensarse que el proceso de autorreparación, que busca la vuelta a la normalidad debiera sacarse del concepto elemental de enfermedad que, con el sentido más estricto es la alteración de la estructura-función, y, sin embargo, hay que admitir que la reparación es una reacción anormal que como tal existe por alteración de la normalidad, es decir, es

subsidiaria de ésta y, por tanto, se instala en el marco general de la alteración. Por esto los signos patológicos que pueden encontrarse en este nivel de enfermedad, por una parte se refieren al trastorno estructura-función y por otra, derivan de los procesos de reparación o adaptación. Los eventos fisipatológicos que acontecen en el infarto agudo de miocardio pueden servir de ejemplo de una y otra posibilidad: la necrosis miocárdica y el bloqueo AV de la primera y la cicatrización del infarto (reparación) y la taquicardia para mantener el gasto cardiaco (adaptación) de la segunda.

El «sentirse enfermo» es el nivel de enfermedad que se realiza en el estrato sensorial del hombre y que corresponde, volviendo a extrapolar los niveles de vida a la enfermedad, a la enfermedad animal.

Con el tiempo, más o menos largo, según circunstancias de la enfermedad y del enfermo, el desorden estructural y dinámico de la materia, el «estar enfermo» que hemos analizado, llama al instinto y a los sentimientos, que captan y acusan tal llamada: aparecen los síntomas, y el hombre con ellos «se siente enfermo».

Los síntomas, se deduce fácilmente, constituyen en esencia la expresión sentimental del «estar enfermo» realizada mediante los dos tipos de sentimientos que corresponden, en nuestro esquema anterior, a la vida animal: los sensoriales y vitales. Y si volvemos a utilizar la analogía, parece ineludible admitir la existencia equivalente de síntomas sensoriales y síntomas vitales.

¿De qué manera estos síntomas constituyen en el enfermo el sentimiento de enfermedad y en qué forma pueden ser captados por el médico? Daremos una explicación común para las dos preguntas. La enfermedad se siente de una manera general inespecífica (sentimiento genérico de enfermedad) y de una manera especial o específica, según cada tipo de enfermedad, y ambos tipos de sentimientos, genérico y específico, pueden y suelen ser coexistentes pero pueden ser independientes y son captados por el médico mediante la anamnesis.

El sentimiento genérico de enfermedad, el encontrarse mal de una manera general e imprecisa (malestar general inespecífico), es una

expresión frecuente en la clínica que casi siempre precede o acompaña a las manifestaciones específicas de la enfermedad.<sup>2</sup> Este general sentimiento de enfermedad no es fácil definirlo antropológicamente y mucho menos explicar su base biológica. Para la primera cuestión es posible adjudicarle la categoría de sentimiento vital, según la clasificación de Max Scheler y para la segunda puede buscarse una explicación en el concepto demasiado ambiguo de cenestesia.<sup>3</sup> La expresividad clínica de este sentimiento general de enfermedad se realiza mediante la aparición de fenómenos de depresión, tanto psíquicos (apatía, depresión, desilusión, desgana) como físicos (astenia, cansancio, desvalimiento, confusión, abatimiento) y por otra parte se acompaña de la aparición de otros fenómenos.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Nosotros hemos prestado interés al síndrome del malestar general aislado (*An. Med. Inter.* 1996, 10: 471-475) definiéndolo como un sentimiento de encontrarse mal de una manera imprecisa sin otros síntomas y signos que sugieran al menos una orientación diagnóstica; una variedad descrita por nosotros es el síndrome del malestar general inexplicable (*Eur. 1. Inter. Med.* 1991; 2; 125-128) en el que la causa del malestar general aislado es desconocida o difícil de aclarar.

<sup>3</sup> El término *cenestesia* (del griego *koinos*, común, y *aisthesis*, sensación) significa el conjunto de impresiones internas orgánicas difusas e indiferenciadas que constituyen la base de la sensación interoceptiva de nuestro propio organismo como totalidad y, a diferencia de la sensibilidad exteroceptiva que es epicrítica o discriminativa, la *cenestesia* es protopática e informa simplemente con carácter polar: bienestar o malestar de nuestro cuerpo en conjunto. El soporte anatomofuncional de la *cenestesia* es el sistema nervioso vegetativo que recoge señales viscerales y quizás del medio interno, que son elaboradas en el diencefalo y enviadas al córtex cerebral como sentimientos de bienestar o malestar.

<sup>4</sup> El sentimiento general de enfermedad se acompaña de la aparición de otros fenómenos. Unos, que siendo vivencias latentes en la existencia humana son liberados o actualizados por la enfermedad. Otros, que el sentimiento de enfermedad hace surgir como nuevos (aunque nada aparece *de novo* en la existencia humana). Entre los primeros tenemos las vivencias de corporalidad, de coexistencialidad, de vulnerabilidad, y de valoración. Unas palabras de cada una de ellas. La corporalidad, la vivencia de la condición corporal que aparece en primer plano del modo del vivir el paciente, «me siento enfermo, luego tengo cuerpo». La coexistencialidad, la apertura de la existencia humana a los otros. Ya los filósofos fenomenológicos y existencialistas habían afirmado que la existencia humana, por su propia constitución es coexistencia, existir con el otro. Pues bien, el sentimiento de enfermedad saca a relucir o actualiza nuestra apertura a la coexistencia, nuestra esencial condición de coexistentes. La vulnerabilidad, la permanente susceptibilidad

Varios o todos de estos sentimientos vitales, en distinta proporción, según la enfermedad y el enfermo, vienen a constituir en la propia entraña psíquica del enfermo y en la eventual catalogación del médico, el sentimiento genérico de enfermedad. Por otra parte, el sujeto portador de la alteración orgánica, el sujeto que «está enfermo», padece sentimientos propios y específicos de la alteración de su cuerpo. Son sentimientos, ya se entiende, puramente corporales, sentimientos sensoriales (dolor, hambre, sed, temblor, disnea, prurito, etc.) más o menos específicos de cada «estar enfermo», que constituyen con los eventuales signos correspondientes, el cuadro clínico de cada enfermedad.<sup>5</sup>

---

humana a la destrucción. Por leve que sea la enfermedad, nos descubre que nuestra realidad es vulnerable. La valoración, que reside en la condición radicalmente valiosa de la existencia humana. El sentimiento de enfermedad manifiesta claramente con brío que la vida tiene valor, es algo que vale. Entre los fenómenos que pueden aparecer como nuevos en el sentimiento de enfermedad tenemos: el dominio del cuerpo, la invalidez, el miedo, la soledad, la esperanza y la demanda. También unas palabras sobre cada uno. El dominio del cuerpo es la expresión máxima de la vivencia de corporalidad. En la enfermedad la vivencia y la conciencia del cuerpo se apoderan del sentimiento y de la sensación del paciente, que vive sorbido psicológicamente por él. Se dice habitualmente que la salud consiste en no sentir el propio cuerpo, está mudo para el sujeto, mientras que en la enfermedad le habla, le hace notar afflictivamente que existe, pero esta vivencia de corporabilidad se hace predominante en la psicología del paciente. La invalidez: el sentimiento normal del cuerpo, que acompaña al estado de salud, conlleva esencialmente la vivencia de ser válido, de poder realizar las acciones propias del cuerpo. A la fenomenología de la enfermedad pertenece, entre otros, la vivencia de no poder realizar alguna o todas de aquellas acciones y el paciente se siente inválido o desvalido.

El miedo al sufrimiento, a no recobrar la salud, a la invalidez, a la muerte.

La soledad: el malestar general de la enfermedad es de quien lo siente y de nadie más, no puede ser vivido ni consentido. Desde Scheler sabemos de la total incomunicabilidad de los sentimientos vitales relativos al cuerpo. La enfermedad se ensimisma y se aísla porque es propiedad del paciente y aunque se puede contar al médico o al prójimo, el paciente la vive con íntima soledad.

La esperanza que brota del pujante deseo de recobrar la salud.

La demanda de compasión, de condolencia, de comprensión y, principalmente, de ayuda.

<sup>5</sup> El sentimiento de enfermedad se constituye con el sentimiento de malestar general inespecífico, que es, como se ha dicho, un sentimiento vital y con síntomas más o menos específicos de cada enfermedad que son modos parciales de realizarse somática

Así, pues, el «sentirse enfermo» se estructura fenoménicamente con sentimientos sensoriales y vitales, o en el lenguaje clínico, con síntomas sensoriales y síntomas vitales. Es obvio explicar que hay veces, las más, que coexisten en el mismo enfermo estos dos tipos de síntomas, que otras tan sólo existen unos y otros no y que la prioridad y preponderancia de unos sobre otros dependen de rasgos especiales de la enfermedad y del enfermo. Busque el lector en su propia casuística ejemplos para lo que acabamos de decir y los hallará fácilmente.

Finalmente, el «ser enfermo» supone el estrato más alto de la enfermedad, el que sobre los dos anteriores cualifica a la enfermedad como específicamente humana y cuya descripción, con el recurso analógico también, hemos de emprender a partir de las notas primordiales que establecimos al hablar del nivel de vida humana, que como se recordará terminaban en el concepto de vida censo-intelectiva.

Para el hombre, en función de su bagaje sentimental y de la inteligencia que específicamente posee, la enfermedad es una realidad sensible y cognoscible. Siente el hombre la enfermedad asumiendo niveles anteriores, a través de los sentimientos sensoriales y vitales, pero también, recuérdese, de los sentimientos anímicos, que, entre otras características, tienen la muy importante de ser comprensibles; es decir, interpretables por la lógica. Se enlaza con el sentimiento

---

y psíquicamente la enfermedad, el estado de enfermedad y denuncian parcialmente el desorden de las acciones y funciones del cuerpo enfermo. Estos síntomas parciales emanados directamente del cuerpo merecen la adjudicación de sentimientos sensoriales. Y la enfermedad también se expresa por signos. Por definición tradicional y por aplicación propedéutica, el signo clínico es un dato objetivo y objetivable de raíz corporal, mientras que el síntoma es fundamentalmente subjetivo, de elaboración psíquica. El síntoma lo recibe el médico mediante la confianza del paciente y el signo clínico lo percibe mediante la exploración física tradicional (observación, palpación, percusión, auscultación, etc.) y otras técnicas diagnósticas. Es llamativo como el inventario de síntomas no ha aumentado o ha aumentado poco a través de los años e incluso de los siglos y algo parecido, aunque menos, ha ocurrido con los signos clínicos, pero los datos obtenidos de la exploración diagnóstica mediante técnicas especiales se han expandido enormemente a partir de la segunda parte del siglo pasado a consecuencia del desarrollo vertiginoso de técnicas numerosas, diversas y de alta rentabilidad diagnóstica.

el intelecto, que, por otra parte, ofrece al hombre el conocimiento de la enfermedad como realidad accidental de su existencia. Por ello, el hombre, a diferencia del animal, toma siempre ante la enfermedad una actitud inteligentemente operativa y le queda siempre, en distinta medida, un residuo de experiencia vital. De esta manera, la enfermedad es para el hombre una realidad («el hombre, animal de realidades»), que se siente y se conoce, que le coloca en situación menesterosa y operativa (origen de la Medicina) y que le deja siempre, con provecho o sin él, una secuela de experiencia vital.

Pero no es sólo esto, con ser bastante, lo que cualifica al «ser enfermo», sino que más sutiles y profundos mecanismos antropológicos otorgan nivel humano a la enfermedad. Analicémoslos, si bien someramente.

El sustrato basal de aquellos sentimientos que señalamos como específicamente humanos, los espirituales, es la intimidad, algo en la profundidad del hombre capaz de apropiarse los contenidos de su vida y su vida misma, y que, en definitiva, concede al hombre categoría de persona. El pensamiento antropológico de Zubiri es claro a este respecto: el hombre realiza su subjetualidad, es decir, se hace persona, bajo forma de subjetividad íntima y apropiadora. Más sencillamente: el hombre como persona es intimidad capaz de apropiación.

El «ser enfermo» es ya en los altos niveles del devenir antropocéntrico un trastorno en la intimidad del hombre: en definitiva, una alteración de la persona que condiciona un modo personal de vivir. Más estrictamente, el «ser enfermo» supone la acusación al hombre de su propia intimidad, a través del conocimiento intelectual de las notas somáticas (síntomas y signos) de la enfermedad y de los sentimientos espirituales, todo ello sólo posible, ya se comprende, desde el nivel superior de la vida sensointelectiva. Para decirlo finalmente, de acuerdo con la filosofía zubiriana de la realidad, el «ser enfermo» pertenece al orden de la dimensión, y, por tanto al orden de los «modos de ser». En definitiva, dirá V. Weizsäcker, la enfermedad es un «modo de ser» del hombre y, por otra parte, un «modo

de ser hombre», es decir, no es otra cosa que el hombre mismo o, mejor, la ocasión de ser él mismo.

Una adenda debe ser hecha a esta descripción del «ser enfermo», porque de ella puede derivarse la comprensión de algunos rasgos importantes de la enfermedad humana, que aquí tan sólo debemos dejar enunciados en espera de otra ocasión. En el análisis del «ser enfermo» ha quedado implícito que la enfermedad llega a ser humana con la aparición de la persona como intimidad del hombre. Pues bien: desde la persona concurren circunstancias que pueden estar en relación con la génesis de la enfermedad y con los modos de respuesta. En efecto, desde la intimidad del hombre, desde el núcleo de «su persona», pueden ponerse en juego motivos nosogenéticos que dan lugar a la ancha y siempre inacabada nosografía psicosomática convencional. Por otra parte, si el hombre como persona es intimidad capaz de apropiación, la enfermedad será siempre para el hombre objeto de apropiación. De ello se derivan algunas consecuencias que desde el análisis filosófico llegan a la superficie de la clínica. La apropiación personal de la enfermedad hace que cada hombre como tal viva en su intimidad «su» propia enfermedad como un modo de afección de su persona. Tal apropiación condiciona en cada hombre una respuesta personal que matiza fuertemente desde los síntomas hasta la actitud moral ante la enfermedad.<sup>6</sup> Finalmente, sin

---

<sup>6</sup> En la literatura universal hay múltiples y variadas descripciones que hacen referencia indirectamente a este nivel de enfermedad y es, probablemente, de la obra de Thomas Mann de donde podemos extraer ejemplos más significativos; es el novelista alemán el autor que con más asiduidad y hondura ha tratado en su obra sobre la salud y la enfermedad, exigiendo siempre una interpretación antropológica. La concepción manniana de la salud y la enfermedad se expresa de variada manera en muchas de sus novelas y ensayos, pero se aprecia fácilmente que tal concepción está traspasada constantemente por el pensamiento filosófico de sus dos maestros intelectuales F. Nietzsche y A. Schopenhauer, de donde podemos extraer dos formas ejemplares y contrapuestas de este nivel de «ser enfermo». En su ensayo Goethe y Tolstói Mann desarrolla el llamado «problema aristocrático» cuya razón estriba en determinar si es posible conseguir una mejor condición humana (una condición aristocrática) mediante la supremacía sobre la naturaleza. Mann resuelve el problema admitiendo que esta condición elevada, aristocratizada del hombre, puede conseguirse a través de la enfermedad, capaz potencialmente

intención de consumir las consecuencias de la personalización de la enfermedad, ésta concede al accidente morboso carácter totalitario u holístico: es decir, la enfermedad humana es siempre, y a la vez, una reacción biológica y personal, o, para decirlo con el lenguaje práctico de la Medicina, es siempre una reacción psicósomática integrada en el concepto global de medicina antropológica.

Terminan aquí estas notas elementales sobre la estructuración antropológica de la enfermedad humana, a través de las cuales, y mediante el artificio metodológico de establecer estratos ópticamente superponibles y traspasarlos de la vida a la enfermedad, ha quedado perfilada la enfermedad humana desde el sustrato puramente orgánico a la categoría de persona, desde el «estar» al «ser».

---

de liberar al hombre de su condición biológica u orgánica y elevarle a su propia categoría espiritual, libre y emancipada de la naturaleza, tal como ya habían intuido y quizás experimentado los místicos, los ascetas y los autores románticos. Para desarrollar esta concepción elevada de la enfermedad, Mann utiliza la filosofía de Nietzsche y concretamente su concepto de la «gran salud» que traspasa lo meramente biológico y exige una concepción antropológica total, para cuyo procesamiento se necesita un hombre nuevo, con valores nuevos, más allá de los tradicionales e históricos. La enfermedad orgánica, según Nietzsche, puede ser un medio para conseguir una salud superior de dimensiones morales, intelectuales y espirituales por encima de la simple corporalidad; esta concepción nietzscheana infunde *La Montaña Mágica* de Mann, pero la novela que mejor ilustra este impulso elevado de la enfermedad es *Doktor Faustus* en la que la enfermedad orgánica (en este caso la sífilis) es asumida por Adrián, el protagonista, para adquirir una «salud superior», liberada del cuerpo y donde radica la capacidad creativa.

Otra interpretación ahora de resultado negativo aplicable al alto nivel de «ser enfermo», la toma Mann de Schopenhauer y la explica en su ensayo sobre el filósofo alemán. El hombre, según Schopenhauer es voluntad individualizada (*principium individuationis*) sometida a su propia esencia de seguir siendo a su energía insuperable de llegar a más y esto que constituye el impulso vital, el hombre mismo, es, por otro lado, capaz de generar una insatisfacción profunda e insuperable que conduce al hombre a su propia destrucción. Trasladada esta concepción filosófica al ámbito de la nosogénesis aparece la enfermedad humana como consecuencia negativa de la creatividad individualizada, a la postre, de la esencia de ser hombre. Esta filosofía schopenhaueriana conduce la trama básica de *Los Buddenbrook*, la novela juvenil de Thomas Mann que narra la decadencia económica, social y biológica de una familia de grandes comerciantes que sucumbe sin dignidad y con vileza, final conducido por la vara metafísica de Schopenhauer: la afirmación de la primacía genética de la voluntad sobre el intelecto.

Y en definitiva debemos concluir que el «ser enfermo», el nivel más alto de la estructura filogenética de la enfermedad, donde ésta se hace específicamente humana, supone básicamente una alteración de la persona, es decir, de esa condición suprema que nos hace humanos.

### III. LA PERSPECTIVA CLÍNICA

Sin ir tan lejos como la pretensión de Scheling que acepta la filosofía como una forma de construir la naturaleza, es posible deducir de la teórica interpretación de la enfermedad humana, alguna aplicación en la práctica médica.

Conseguidos conceptualmente estos niveles o estratos de la enfermedad humana podemos utilizarlos acoplándolos respectivamente a tres puntos o momentos de atención del médico con el paciente. Aunque en desigual medida, según diversas circunstancias, el médico atiende siempre en el paciente a tres componentes: la persona, el enfermo y la enfermedad.

Atiende el médico a la persona desde la persona desde la relación interhumana que siempre, aunque sea mínima, se establece con el paciente y tal relación se hace operativa mediante la llamada exploración de la persona: recoge el médico datos sobre la biografía, personalidad, conducta, cultura, espiritualidad, carácter, temperamento, etc., y analiza como el enfermo conoce y asume su enfermedad y reacciona ante ella. Datos que además de reforzar la relación interpersonal, son utilizados por el médico en provecho de su actuación clínica.

Atiende el médico al enfermo que, en puro sentido clínico, significa hombre que siente la enfermedad, es decir, que tiene síntomas. Mediante la entrevista clínica recoge el médico los síntomas que le refiere el paciente, obteniendo piezas importantes para el diagnóstico y puntos de referencia para el tratamiento.

Se completa la actuación del médico con la atención a la enfermedad, es decir, a lo que ésta deja sobre el cuerpo del paciente. La exploración clínica tradicional y la infinidad de métodos disponibles de exploración complementaria permiten la obtención de datos objetivos sobre la huella de la enfermedad sobre el soma del paciente.

El lector habrá comprendido fácilmente que cada uno de estos puntos de atención del médico al paciente se corresponden respectivamente con los niveles de la enfermedad humana: la persona con el «ser enfermo», el enfermo con «el sentirse enfermo» y la enfermedad con «el estar enfermo».

Los médicos, con más o menos diferencias, hemos atendido desde siempre, estos tres componentes del paciente, atención completa que constituye el método clínico tradicional. Sin embargo, un fenómeno progresivo y acelerado, que se inicia con la disponibilidad de técnicas de alta rentabilidad diagnóstica y terapéutica, ha venido a desproporcionar la aplicación del médico en estos tres componentes del paciente. El médico actual, sobre todo el práctico y reciente, atiende menos a la persona del enfermo: no valora sus condiciones y circunstancias, elude entender cómo se enfrenta a la enfermedad y lo que ésta significa en su vida, a veces hasta olvida su nombre, quedándose la exploración de la persona en simples datos de filiación y referentes a estilos de vida que pueden ser aprovechados de inmediato en la interpretación diagnóstica o en la recomendación terapéutica. Nada de esto facilita el flujo interhumano entre médico y paciente y condiciona la pérdida de datos importantes no sólo para el manejo clínico sino y sobre todo, para la categorización antropológica de la enfermedad.

También el médico ha perdido interés y aprovechamiento en la recogida y valoración de los síntomas del enfermo. Basta confrontar una historia clínica actual con otra realizada hace 30 años, para apreciar en ésta de qué manera se recogía y se buscaba el síntoma, como el entrevistador matizaba el hallazgo enriqueciéndolo clínicamente, como lo relacionaba y como lo describía, a diferencia de lo que se encuentra en la historia actual donde el síntoma es descrito

puntualmente y pobre de sentido y contenido. Ciertamente que no siempre es así en la clínica actual y cuando lo es, bien puede explicarse por las bajas sensibilidad y especificidad que muchos síntomas de la clínica tradicional han mostrado al confrontarse con otras técnicas diagnósticas. Pero la justa y apropiada valoración de lo que cuenta el enfermo sigue siendo útil en la clínica, no sólo para la elaboración diagnóstica y el precepto terapéutico sino también para comprender y compadecer como el paciente siente su enfermedad.

Gran parte de los médicos actuales han desviado primomordialmente su atención clínica a la obtención de datos objetivos al paciente. La disponibilidad de técnicas de costosa aplicación diagnóstica, en el seno de la natural tendencia del hombre a la percepción objetiva de los fenómenos, ha propiciado que el interés clínico del médico se desvíe exageradamente, a veces exclusivamente, a la obtención de datos en forma de imágenes, preparaciones, cifras, gráficas, etc., que denuncian objetivamente la realidad de la enfermedad. Incluso en la exploración física, que era en la clínica tradicional y sigue siéndolo, un método valioso para acercarse a la percepción objetiva del proceso patológico, ha perdido gran parte de su rica ofertabilidad de signos en aras de la brevedad y de la impericia de la actuación médica, quedándose en un quehacer orientador de otras técnicas.

Este comportamiento del médico actual, extendido pero no absoluto, es explicable y puede ser justificable pero en cualquier caso se manifiesta irreversible. Volver al método clínico tradicional con largas y minuciosas anamnesis y exploración física, cuando posee recursos técnicos que le permiten un diagnóstico rápido y certero, con datos perceptivos más próximos a la enfermedad que los síntomas y signos convencionales, y cuya responsabilidad comparte con el técnico, sería un fenómeno regresivo de categoría antihistórica. Sin embargo, la entrevista y la exploración clínica no deben perderse, estimulándose su entrenamiento en la formación médica, porque siguen siendo fuente de síntomas y signos, permiten el contacto directo con el paciente y facilitan al médico el ejercicio del arte clínico. Y debe ser restaurada, necesariamente, la atención a la persona del

paciente, porque su pérdida significaría la desaparición de la Medicina como actividad humana, catástrofe hacia la cual es posible que hayamos empezado a caminar. La Medicina, cuyo acto fundamental es la relación congruente entre un hombre que padece (*homo patients*) y otro que le ayuda mediante su adecuada formación (*homo medendi peritus*) es una actividad llena de hombre, de ser humano, y si pierde este contenido se quedará en una técnica físicamente eficaz pero humanamente pobre y peligrosa.

En los tiempos que corren, de acelerada deshumanización en todo, debemos restaurar la formación antropológica del médico, consiguiendo ese médico integral que atienda desde la mínima lesión ultramicroscópica a la máxima dimensión de la persona; para decirlo por última vez con los términos que hemos utilizado, desde el «estar» al «ser» enfermo.

## 4

### EL MÉDICO PERFECTO\*

Diego Gracia\*\*

Con razón se dice que realizando acciones justas se hace uno justo, y con acciones morigeradas, morigerado. Y sin hacerlas ninguno tiene la menor posibilidad de llegar a ser bueno. Pero los más no practican estas cosas, sino que se refugian en la teoría y creen filosofar y poder llegar así a ser hombres cabales, se comportan de un modo parecido a los enfermos que escuchan atentamente a los médicos y no hacen nada de lo que les prescriben. Y así, lo mismo que éstos no sanarán del cuerpo con tal tratamiento, tampoco aquéllos sanarán del alma con tal filosofía.

(ARISTÓTELES, *Et. Nic.* 11,4: 1105b 9-18)

Nos hemos ocupado de la bioética médica como «saber» o «ciencia». Es una dimensión necesaria, pero no suficiente. Por su propia naturaleza la ética es un saber ordenado a la actuación, por tanto, un «saber actuar». De ahí que los antiguos la definieran como *recta ratio agibilium*. No tenía razón Sócrates cuando quiso hacer de ella un mero saber científico. Frente a él, Platón y Aristóteles distinguieron con toda nitidez la «ciencia» de la «virtud». En la *Gran Etica* escribió este último:

---

\* Republicado con permiso de *Fundamentos de Bioética*, EUDEMA: Madrid 1989, pp. 597-602.

\*\* Catedrático de Historia de la Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

En las ciencias ocurre que con un único esfuerzo llegamos a conocer qué es la ciencia aquella y, además, venimos a ser sabios en ella. Por ejemplo, es necesario que, si alguien llega a conocer bien qué es la Medicina, al momento mismo sea ya médico. Y lo mismo ocurre en las demás ciencias. Pero no pasa lo mismo en las virtudes. Porque si uno conoce qué es la justicia, no por ello es ya en seguida justo. Y análogamente en las otras virtudes.<sup>1</sup>

Dejando de lado si el mero hecho de conocer la medicina convierte *ipso facto* a una persona en médico, es evidente que una cosa es «saber» ética y otra bien distinta «actuar» éticamente. Como dice Aristóteles, no es lo mismo conocer en qué consiste la justicia que actuar justamente. Actuar no tiene aquí sólo el sentido de «acto» sino también el de «actitud». El término latino *agere* admite ambos sentidos. Las actitudes o hábitos surgen por repetición de actos. Cuando los hábitos que se adquieren son buenos se llaman «virtudes» y cuando son malos, «vicios». La perfección moral sólo se consigue cuando la coherencia ética entre ideas y actos ha llegado a ser tan profunda y prolongada, que los modos de obrar se han convertido en una especie de segunda naturaleza, en hábitos virtuosos que se ponen en práctica sin esfuerzo y hasta con placer. A esto es a lo que Aristóteles llamó *bios*, «modo de vida». Cuando el pensar llega a ser una especie de segunda naturaleza del hombre, como sucede en el filósofo, entonces el ejercicio de las virtudes dianoéticas se convierte en él en modo o forma de vida, por tanto en *bios*, el *bios theoretikós*. No es buen filósofo quien tiene una idea genial, sino aquel que ha hecho del ejercicio de las virtudes dianoéticas su modo o forma de vida. Lo mismo cabe decir del ejercicio de las virtudes éticas o morales, que trae como consecuencia la aparición del modo o forma de vida propiamente ético, el llamado por Aristóteles *bios politikós*. Si lo que se convierte en hábito son los vicios y no las virtudes éticas, entonces aparece otra forma de vida, el *bios apolaustikós*.

Junto a todos estos hay un *bios* específico, el *bios iatrikós*. Es la forma o modo de vida propia del médico virtuoso. Para ser buen médico

---

<sup>1</sup> ARISTÓTELES, *Gran Etica*, 1,1: 1183b 11-17.

es preciso poseer en alto grado las virtudes intelectuales o dianoéticas, pero como la medicina es una actividad y no un mero saber teórico, necesita también de las virtudes morales o éticas. El *bíos iatrikós* es, en tal sentido, una especificación del *bios politikós*. Es sabido que para Aristóteles la ética fue una parte de la política. Pues bien, lo mismo cabe decir de la ética médica. El médico sólo llega a ser «bueno» y «perfecto» cuando ha convertido su virtuosidad técnica y su virtud moral en una especie de segunda naturaleza, en un modo de vida. El médico perfecto es el médico virtuoso.

La literatura sobre el «perfecto médico» se inició con los mismos orígenes de la medicina occidental. Aristóteles habla del *téleios iatrós* (el médico perfecto)<sup>2</sup>, y Galeno del *áristos iatrós* (el óptimo médico)<sup>3</sup>. El adjetivo *áristos* es el superlativo de *agathós*, bueno, y aplicado al médico significa que éste ha de poseer en el máximo grado tanto las virtudes dianoéticas o intelectuales, como las éticas o morales.

Pues si para conocer la naturaleza del cuerpo, las diferencias entre las enfermedades y las indicaciones de los remedios debe dominar la ciencia racional, para perseverar en el estudio de éstas de una manera esforzada es necesario despreciar las riquezas y ejercer la moderación... En efecto, no hay temor de que si desprecia las riquezas y ejercita la moderación, haga algo inconveniente, pues todo aquello a lo que los hombres se atreven de una manera injusta lo hacen bajo la persuasión de la codicia o el hechizo del placer. Y así, también es necesario que el médico posea las otras virtudes, pues unas siguen a las otras y no es posible para quien echa mano de una no tener igualmente todas las otras siguiéndola inmediatamente, como si estuvieran atadas a una misma cuerda<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> ARISTÓTELES, *Mej* 1021b 15-20. Cf. Diego GRACIA, «El estatuto de la medicina en el *Corpus Aristotelicum*», en *Asclepio* 25, 1973, p. 63.

<sup>3</sup> Cf. GALENO, *Quod optimus medicus sit quo que philosophus*, en *Claudii Galeni Opera Omnia*, ed. C.G. Kühn, 1, 53-63.

<sup>4</sup> Cf. GALENO, «El mejor médico es también filósofo», en *Galeno*, ed. de José Antonio Ochoa y Lourdes Sanz Mingote, Madrid, Coloquio, 1986, p. 120. Cf. Gary B. FERNINGREN y Darrel W. AMUNDSEN, «Virtue and Health/Medicine in Pre-Christian Antiquity», en

El óptimo médico es, pues, aquel que se halla poseído tanto por las virtudes éticas como por las dianoéticas. Unas y otras consisten en hábitos buenos, y juntas conforman el *bíos iatrikós*, el modo o forma de vida propio del buen médico, del médico virtuoso o médico perfecto.

Esta clásica tradición se ha mantenido sin grandes cambios, al menos, hasta el siglo XVIII. En 1562 escribió Alfonso de Miranda un libro con este significativo título, *Diálogo de la perfección y partes que son necesarias a buen médico*<sup>5</sup>, y años más tarde le respondió Enrique Jorge Enríquez con su *Retrato del perfecto médico*. Toda esta literatura tiene siempre dos vertientes. De una parte crítica el estado real de la medicina, y de otra describe su paradigma ideal. Enrique Jorge Enríquez expone éste último en los siguientes términos:

El Médico ha de ser temiente del Señor y muy humilde, y no soberbio, vanaglorioso, y que sea caritativo con los pobres, manso, benigno, afable y no vengativo. Que guarde el secreto, que no sea lenguaraz, ni murmurador, ni lisonjero, ni envidioso. Que sea prudente, templado, que no sea demasíadamente osado... Que sea continente, y dado a la honestidad, y recogido; que sea el Médico dado a las letras y curioso; que trabaje en su arte y que huya de la ociosidad. Que sea el Médico muy leído y que sepa dar razón de todo<sup>6</sup>.

Es un hecho indudable que el movimiento ilustrado del siglo XVIII asestó un duro golpe a esta ética de la «virtud», sustituyéndola por la ética de los «derechos» y «deberes»<sup>7</sup>. Aunque no son dos

---

Earl E. SHELPS, ed., *Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Reidel, 1985, pp. 3-22.

<sup>5</sup> Alfonso de MIRANDA, *Diálogo del perfecto médico*, Madrid, Editora Nacional, 1983. Cf. Darrel W. AMUNDSEN y Gary B. FERNINGREN, «Virtue and Medicine from Early Christianity through the Sixteenth Century», en Earl E. SHELPS, ed., *Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Reidel, 1985, pp. 23-61.

<sup>6</sup> Enrique JORGE ENRÍQUEZ, *Retrato del perfecto médico*, Salamanca, Real Academia de Medicina de Salamanca, 1981, «Breve suma de lo que se contiene en este primer diálogo».

<sup>7</sup> Suele considerarse a Kant como el punto de inflexión entre la ética de la virtud y la ética del deber, aunque esto no sea del todo exacto. Por lo que respecta a la ética médica,

concepciones opuestas, sino más bien complementarias, sí se han tenido desde entonces por rivales. La matriz de la ética de la «virtud» fueron las culturas «mediterráneas» y «católicas», en tanto que la moral del «deber» surgió en los países nórdicos y se ha desarrollado en los «anglosajones» y «protestantes». Esta es la tesis defendida por Alasdair MacIntyre en su libro *After Virtue*<sup>8</sup>. Lo que MacIntyre llama *the classical tradition* se basaba en la idea de «virtud», en tanto que la ética ilustrada y post-ilustrada ha intentado constituirse no sobre virtudes, sino sobre «reglas y principios»<sup>9</sup>. MacIntyre considera que el resultado ha sido desastroso, porque esa última empresa es imposible. La pretensión de la modernidad, ir «de las virtudes a la virtud y más allá de la virtud»<sup>10</sup>, estaba de antemano condenada al fracaso. «Necesitamos atender a las *virtudes* en primer lugar, en orden a entender la función y autoridad de las reglas; por tanto, debemos iniciar la indagación por una vía completamente distinta a aquella por la que comenzaron Hume o Diderot o Kant o Mill»<sup>11</sup>. Estos pensadores son los grandes representantes de la *Northern European culture*<sup>12</sup>, de raíz netamente protestante<sup>13</sup>.

---

la teoría de la virtud ha seguido siendo la predominante hasta hace muy pocos años. Cf. Dietrich von ENGELHARDT, «Virtue and Medicine during the Enlightenment in Germany», en Earl E. SHELPS, ed., *Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Reidel, 1985, pp. 63-79; Laurence B. MCCULLOUGH, «Virtues, Etiquette, and Anglo-American Medical Ethics in the Eighteenth and Nineteenth Centuries», en Earl E. SHELPS, ed., *Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Reidel, 1985, pp. 81-92. Cf. también Ruth R. FADEN y Tom L. BEAUCHAMP, *A History and Theory of Informed Consent*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, p. 6.

<sup>8</sup> Alasdair MACINTYRE, *After Virtue*, Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame Press, 2.<sup>a</sup> ed., 1984. Cf. Kai NIELSEN, «Critique of Pure Virtue: Animadversions on a Virtue-Based Ethic», en Earl E. SHELPS, ed., *Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Reidel, 1985, pp. 133-150; José MONTOYA SAENZ, «A propósito de *After Virtue* de A. MacIntyre», en *Revista de Filosofía*, 2.<sup>o</sup> ep., VI, 1983, 315-321.

<sup>9</sup> A. MACINTYRE, *op. cit.*, p. 119

<sup>10</sup> A. MACINTYRE, *op. cit.*, p. 226.

<sup>11</sup> A. MACINTYRE, *op. cit.*, p. 119.

<sup>12</sup> A. MACINTYRE, *op. cit.*, p. 39.

<sup>13</sup> Cf. A. MACINTYRE, *op. cit.*, p. 44.

MacIntyre considera que las máximas figuras del movimiento ilustrado no fueron francesas sino alemanas: Kant y Mozart. A la ilustración francesa le faltaron varias cosas, entre ellas el fundamento en un protestantismo secularizado y nuevo tipo de Universidades, como las de Kánisberg y Edimburgo o Glasgow.<sup>14</sup> Precisamente la Revolución francesa consistió, al menos en su primera fase, en un intento de asumir los usos políticos noreuropeos. No es un azar que Kant viera en la Revolución francesa la expresión de su propio modo de pensar.

A partir del siglo XVIII, los países germanos y anglosajones han vivido *after virtue*; pero no así los mediterráneos. Este sería, entre otros, el caso de las culturas española e italiana<sup>15</sup>. Por eso en estos países se ha conservado una moral más atendida a la tradición clásica, una moral de la virtud. Frente a la moral de principios y reglas, la moral de la virtud. En opinión de MacIntyre ha llegado el momento de revalorizar este modelo, retornando a la tradición clásica: la ética no debe entenderse como la mera resolución de problemas intelectuales sino como la adquisición de hábitos de comportamiento, de cualidades de carácter<sup>16</sup>. De ahí que su libro acabe con estas palabras:

Lo que importa ahora es la construcción de formas locales de comunidad, dentro de las cuales la civilidad, la vida moral y la vida intelectual puedan sostenerse a través de las nuevas edades oscuras que caen ya sobre nosotros. Y si la tradición de las virtudes fue capaz de sobrevivir a los horrores de las edades oscuras pasadas, no estamos enteramente faltos de esperanza. Sin embargo, en nuestra época los bárbaros no esperan al otro lado de la frontera, sino que llevan

---

<sup>14</sup> Cf. A. MACINTYRE, *op. cit.*, p. 37.

<sup>15</sup> Cf. A. MACINTYRE, *op. cit.*, p. 37. La ética española del carácter y la felicidad ha tenido su máxima expresión filosófica en las obras de Ortega y Zubiri. Sobre su repercusión en la ética de Aranguren, cf. Adela CORTINA, «Una ética del carácter y la felicidad», en *Anthropos* 80, 1988, 42-45.

<sup>16</sup> Cf., en el mismo sentido, Stanley HAUERWAS, «Toward an Ethics of Character», en *Vision and Virtue. Essays in Christian Ethical Reflection*, Notre Dame, Indiana, Fides Publishers, 1974, pp. 48-67.

gubernándonos hace algún tiempo. Y nuestra falta de conciencia de ello constituye parte de nuestra difícil situación. No estamos esperando a Godot, sino a otro, sin duda muy diferente, a San Benito<sup>17</sup>.

A pesar de la finura de los análisis de MacIntyre, pienso que parte de un error, probablemente debido a su lejanía del actual mundo mediterráneo. La Ilustración también ha llegado a éste, de modo que hoy todos vivimos *after virtue*, «después» de la virtud, razón por la cual es una tarea igual de urgente para todos ir *after virtue*, «tras» ella. Para esto no es necesario, como MacIntyre insinúa, renunciar a las conquistas de la modernidad. No hay una oposición tajante entre la ética de la virtud y la ética de los principios, sino más bien complementariedad. Así lo dio a entender G.J. Warnock hace ya años<sup>18</sup>. Como ha escrito William Frankena, «las virtudes sin los principios son ciegas»<sup>19</sup>. De parecida opinión es Philippa Foot<sup>20</sup>, para la cual existe una relación circular entre principios y virtudes, de modo que ninguno de ellos es realmente posible separado del otro. Esto le ha llevado a Tom L. Beauchamp a concluir que «toda teoría basada en principios...es capaz de derivar sus correspondientes virtudes»<sup>21</sup>. La virtud es de algún modo la meta de toda la vida moral. El hombre bueno es el hombre virtuoso, aquel que ha hecho de la virtud su modo o forma de vida. Esto significa *éthos*, modo de vida, *bíos* (a diferencia de *zoé*), el *bíos ethikós* o *bíos politikós*.

---

<sup>17</sup> A. MACINTYRE, *Tras la virtud* (trad. esp.), Barcelona, Crítica, 1987, p. 322. El autor ha seguido desarrollando su tesis en su reciente libro *Whose Justice? Which Rationality?*, Londres, Duckworth, 1988

<sup>18</sup> Cf. G.J. WARNOCK, *The Object of Morality*, Londres, Methuen and Co., 1971, pp. 71-86.

<sup>19</sup> William K. FRANKENNA, *Ethics*, 2.<sup>a</sup> ed., Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1973, p. 65.

<sup>20</sup> Philippa Foot, *Virtues and Vices*, Oxford, Blackwell, 1978.

<sup>21</sup> Cf. Tom L. BEAUCHAMP, *Philosophical Ethics. An Introduction to Moral Philosophy*, Nueva York, McGraw-Hill, 1982, p. 166. Del mismo, «What's so special about the virtues?», en Earl E. SHELPS, ed., *Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Reidel, 1985, pp. 307-.

La relación médico-enfermo (o, más genéricamente, la relación sanitario-paciente) es un vínculo interpersonal, social o político. Hemos visto que esta relación social y política ha de respetar los principios de autonomía, beneficencia y justicia. Ellos son los que definen los derechos y deberes éticos de cada una de las partes, el médico, el paciente, la sociedad. Pero la relación sanitario-paciente sólo será perfecta cuando esos derechos se conviertan en hechos, actos, y éstos en actitudes o hábitos virtuosos. Y como la virtud por antonomasia de la vida social y política es, según Aristóteles, la *philia* o amistad, resulta que la relación médica sólo será perfecta cuando llegue a ser relación de amistad. En el mundo de Sófocles, como ha señalado MacIntyre, moralidad, vida política y amistad se identificaban<sup>22</sup>. Por eso decía Aristóteles que «cuando los hombres son amigos, ninguna necesidad hay de justicia»<sup>23</sup>. La amistad es la virtud moral por antonomasia, y en consecuencia la base de la moral de virtudes. El médico virtuoso habrá de ser siempre un médico amigo.

La amistad auténtica ha de concebirse como la plenificación de la autonomía, la beneficencia y la justicia. Dice Aristóteles que «son los justos los más capaces de amistad»<sup>24</sup>. Tampoco puede darse amistad más que entre personas adultas y libres. La amistad necesita como fundamento la autonomía de las partes. Esa autonomía, a su vez, ha de ser confiada y confiante, no suspicaz y reservada. Su término natural es por ello la benevolencia y la beneficencia<sup>25</sup>. No se puede no querer el bien para el amigo, ni dejar de hacérselo siempre que ello es posible. Remedando a Kant podemos decir que los tres principios de la vida moral sin la amistad son inútiles; y que ésta sin ellos resulta imposible. Lo cual significa que la relación médico-enfermo sólo será perfecta cuando busque la autonomía, la beneficencia y la

<sup>22</sup> Cf. A. MACINTYRE, *After Virtue*, ed. cit., p. 135.

<sup>23</sup> ARISTÓTELES, *El. Nic. VIII,1*: 1155a 26-27.

<sup>24</sup> ARISTÓTELES, *El. Nic. VIII,1*: 1155a 28.

<sup>25</sup> Sobre esto, cf. el magnífico libro de Pedro LAIN ENTRALGO, *Sobre la amistad*, 2 ed., Madrid, Espasa-Calpe, 1985.

justicia en la amistad. Laín Entralgo ha escrito sobre este punto libros definitivos, en especial el que lleva por título *La relación médico-enfermo*<sup>26</sup>. Esta relación ha de fundarse en lo que Laín llama la «amistad médica», compuesta por las notas de benevolencia, beneficencia y confianza<sup>27</sup>. La importancia capital de estos estudios de Laín Entralgo ha sido reconocida por algunos de los mejores bioeticistas actuales, como Mark Siegler<sup>28</sup>, Edmund Pellegrino<sup>29</sup>, Eric Cassell<sup>30</sup>

<sup>26</sup> Cf. Pedro LAIN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*, 2.<sup>a</sup> ed., Madrid, Alianza, 1983. Este libro tiene como fundamento filosófico y antropológico el que años antes escribió el mismo Laín Entralgo con el título de *Teoría y realidad del otro*, 3.a ed., Madrid, Alianza, 1983. El propio Laín sintetizó el contenido de su libro *La relación médico-enfermo* en otro más breve, titulado *El médico y el enfermo*, que apareció simultáneamente editado en siete idiomas. A ello se debe su enorme difusión, y el que fuera conocido en el mundo de habla inglesa (cf. P. LAIN ENTRALGO, *Doctor and Patient*, Nueva York, McGraw-Hill, 1969).

<sup>27</sup> Sobre la amistad médica, cf. *La relación médico-enfermo*, ed. cit., pp. 238-260.

<sup>28</sup> Cf. Mark SIEGLER, «Searching for Moral Certainty in Medicine: A Proposal for a New Model of the Doctor-Patient Encounter», en *Bull. N.Y. Acad. Med.*, 57, 1981, pp. 56-69. En otro trabajo suyo, titulado «The Nature and Limits of Clinical Medicine», puede leerse: «Although I strive to care for each of my patients to the best of my ability, there is little doubt that I am more affective as a person and as a physician with those patients I like. We resonate well together: they know how I am thinking and feeling, and I apprehend how they are doing more directly than in other cases. They know they have a friend as well as a doctor. These observations echo the eloquent passages of Dr. Laín Entralgo when he speaks of medical *philia*, a deep medical friendship, as being at the heart of the relationship between doctor and patient»: Mark SIEGLER, «The Nature and Limits of Clinical Medicine», en Eric J. CASSELL y Mark SIEGLER, eds., *Changing Values in Medicine*, Nueva York, University Publications of America, 1979, p. 31. Cf. también la crítica de James F. CHILDRESS, «Rights and Responsibilities of Patients: A Commentary on Pedro Laín Entralgo», en Eric J. CASSELL y Mark SIEGLER, eds., *Changing Values in Medicine*, ed. cit., pp. 145-149.

<sup>29</sup> Cf. Edmund PELLEGRINO y D.C. THOMASMA, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Nueva York, Oxford University Press, 1981, pp. 198 y 216-219. Cf. también E. PELLEGRINO y D.C. THOMASMA, *For the Patients Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Nueva York, Oxford University Press, 1988.

<sup>30</sup> Cf. Eric J. CASSELL y Mark SIEGLER, eds., *Changing Values in Medicine*, Frederick, Md., University Publications of America, 1979; Eric J. CASSELL, *The Place of the Humanities in Medicine*, Hastings-on-Hudson, N.Y., The Hastings Center, 1984; Eric J. CASSELL, *The Healer's Art*, Cambridge, Mass, The MIT Press, 1985.

y James F. Drane<sup>31</sup>. Por influencia de todos ellos, la idea de la amistad como canon de la relación médico-enfermo se ha ido abriendo paso en la bioética, hasta el punto de que la *President's Commission* ha señalado, siguiendo a Mark Siegler, la necesidad de ir más allá del puro paternalismo y del puro autonomismo, fundando las relaciones sanitarias sobre la confianza y la confidencia, es decir, sobre la amistad. «La elasticidad de la relación (del médico con el paciente) dependerá mucho de la capacidad de confianza y confidencia (*trust and confidante*) intercambiadas entre el paciente y el profesional»<sup>32</sup>.

Al definir el tipo de relación humana que el médico —y el sanitario en general— ha de establecer con su paciente, es usual afirmar que tal relación debe hallarse basada en el «servicio». El médico debe estar al servicio del paciente. Pienso que es un grave error. La vieja figura social y jurídica del servilismo no puede ser ya el ideal de las relaciones humanas. Éstas no deben basarse en el «servicio» sino en la «amistad». La amistad es la virtud por excelencia de las relaciones humanas. Quizá por eso dijo Aristóteles de ella que era «lo más necesario de la vida». Y añadía: «Sin amigos nadie querría vivir, aun cuando poseyera todos los demás bienes; hasta los ricos y los que tienen cargos y poder parecen tener necesidad sobre todo de amigos... En la pobreza y en los demás infortunios se considera a los amigos como el único refugio»<sup>33</sup>. Sin embargo, es entonces

---

<sup>31</sup> Cf. James F. DRANE, «La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España», en Javier GAFO, ed., *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1988, pp. 87-105. En la primera página Drane expresa su «convencimiento de que los americanos tienen mucho que aprender de la ética de la Europa Meridional... Una metafísica más realista y una especial insistencia en la persona y en la virtud son precisamente dos aspectos de la tradición ética española que cada vez más numerosos pensadores americanos reconocen como necesarios». Cf. también su libro *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas, Sheed and Ward, 1988.

<sup>32</sup> *President's Commission, Making Health Care Decisions*, Vol. 1, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1982, p. 37.

<sup>33</sup> ARISTÓTELES, *Et. Nic.* VIII, 1: 1155a5-12.

cuando resultan menos frecuentes. Durante siglos y siglos se han venido repitiendo los versos del poeta Ovidio que dicen:

*Dum fueris foelix, multos numerabis amicos  
Tempora, si fuerint nubila, solus eris.*

Una de las épocas oscuras en que los amigos se necesitan más y abundan menos es la enfermedad. El enfermo no quiere lástima, pero sí confianza, amor de amistad. «Los que pasan por una aflicción, dice Aristóteles, se sienten aliviados cuando sus amigos se conducen con ellos»<sup>34</sup>. *Philía* es amor, pero amor confiado. Y por confiado, confidente. A la amistad la caracterizan la confianza y la confianza. Por eso decimos de los amigos que son «íntimos». El ámbito de la amistad es el propio de la confianza. Entre los amigos se dan a su modo las tres virtudes que se llaman teologales: la fe, la esperanza y el amor. Su centro es la esperanza, entendida como confianza. Porque en el amigo se confía, se tiene fe en él: es la «fe fiduciaria»; y se confía en él porque se le ama: es el «amor fiduciario». La amistad es más que una ética, una religión. Suele considerarse la *agápe* o caridad como la virtud por antonomasia del cristianismo. Pero la *agápe* sólo llega a su perfección cuando la benevolencia y la beneficencia en que consiste se unen a la confianza y a la confianza propias de la amistad. El resultado es, como tan bellamente han expuesto Edmund Pellegrino<sup>35</sup> y Warren Reich<sup>36</sup>, la «compasión», que consiste en ponerse en el puesto del otro e identificarse con su experiencia. Compasión no es lástima, sino relación humana basada en la

<sup>34</sup> ARISTÓTELES, Et. Nic. IX, 11: 1171a29-30.

<sup>35</sup> Cf. Edrmond PELLEGRINO, «Health Care: A Vocation to Justice and Love», en F.A. IIGO, ed., *The Professions in Ethical Context*, Villanova University, Proceedings of the Theology Institute of Villanova University, 1986, pp. 97-126; *Ibid.*, «Cada enfermo es mi hermano», *Dolentium Hominum*, 3, 1988, 58-62; *Ibid.*, «Agape and Ethics: Some Reflections on Medical Morals from a Catholic Perspective», en E. PELLEGRINO, J. LANGAN y J.C. HARVEY, eds., *Catholic Perspectives in Medical Morals*, Dordrecht, Reidel, 1989.

<sup>36</sup> Cf. Warren REICH, «Un'etica della vita centrata sulla famiglia», en *Famiglia Oggi* n. 34, julio-agosto 1988, pp. 64-74, esp. p. 70.

devoción, la constancia, el respeto de la persona y la responsabilidad. Es, como dice Reich, la relación con el otro basada en el amor, la benevolencia, la comprensión y la amistad. En la compasión convergen y se plenifican mutuamente la *philía* y la *agápe*. Por eso es el tipo de relación humana más excelsa.

No os llamo ya siervos,  
porque el siervo no sabe lo que hace su amo;  
a vosotros os he llamado amigos,  
porque todo lo que he oído de mi Padre  
os lo he dado a conocer<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Juan 15, 15.

# 5

## LA ÉTICA DE LA MEDICINA

José Luis Villanueva Marcos\*

### I.

#### ANTES Y AHORA

Cuando se oye hablar de la ética de la Medicina, vienen inevitablemente a la cabeza Hipócrates y el juramento que lleva su nombre, lo mismo que los códigos en los que esa ética ha sedimentado: el de la Asociación Médica Americana, de 1847 y sus revisiones posteriores; el Manual de Ética médica, de la Asociación Médica Mundial y el Manual de Ética del American College of Physicians; la Buena Práctica Médica, del General Medical Council del Reino Unido; y, especialmente, los códigos de deontología de las Órdenes Médicas y Colegios de nuestro continente. Nos vienen también a la memoria algunos episodios sobrecogedores —los crueles experimentos médicos de los nazis, o las investigaciones brutales realizadas en los Estados Unidos de América— que dieron lugar respectivamente al Código de Nuremberg y al Informe de Belmont. Evocamos también, sin duda, los «Principios de la Ética biomédica» (respeto por la autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia) que, acuñados por Beauchamp y Childress, ayudaron a implantar en todas partes la Bioética moderna. Finalmente, al hablar de la ética del médico viene a la mente de modo inevitable el derecho médico, pues las leyes y los

---

\* Especialista en Medicina Interna. Máster en Bioética y Bioderecho. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

jueces determinan cada vez con más fuerza los deberes de los profesionales y derechos de los pacientes. Cuando hablamos de ética médica tratamos de valores y normas, de principios, deberes y derechos, de ética y de moral.

Con el tiempo, y principalmente en los países desarrollados que disponen de sistemas sanitarios públicos fuertes, el médico ha dejado de ser solamente el encargado de atender el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de sus pacientes. Inevitablemente se ha constituido en un gestor, porque cuando toma decisiones influye, entre otras cosas, en la distribución de los recursos. El sector sanitario es uno de los servicios públicos con un crecimiento más dinámico, y con mayores exigencias futuras de recursos públicos. Dichos recursos son necesarios para dar respuesta a los crecientes requerimientos por parte de los ciudadanos que, cada vez más informados, demandan mayor número de servicios y de mayor calidad. En buena medida la evolución del gasto dependerá de cómo se gestionen los nuevos tratamientos médicos y las nuevas tecnologías que aparezcan en el futuro, así como de las alternativas organizativas asistenciales que se vayan creando.

Con todo, parece que las coordenadas tradicionalmente seguidas en Medicina han despertado admiración en momentos de dificultades: En enero de 2009, la elite económica mundial reunida en Davos con motivo de la asamblea anual del Foro Económico Mundial escuchaba sorprendida la propuesta de su Fundador y Presidente, el Sr. Klaus Schwab, cuando instaba a seguir el modelo de los médicos y elaborar un código deontológico «hipocrático» para empresarios. Al parecer, el mensaje que dejó el médico de Cos, cuatro siglos antes de Cristo, podría ayudar a superar una crisis económica global de enorme magnitud. Podemos suponer que en la tradición deontológica hay elementos válidos para la situación actual, en la que el médico ha de ser un gestor de recursos. Es como si «lo antiguo» y «lo nuevo» de la Medicina se dieran la mano.

En el momento presente, en el que son tan frecuentes los particularismos, cuando cada uno profesa sus ideas, valores y opiniones,

que defiende con argumentos de su propia cosecha, hemos de preguntarnos si existe una ética natural y que por serlo parezca aceptable a todos los hombres de buena voluntad. Esto, referido a la Medicina, es lo que pretendemos mostrar en las reflexiones siguientes.

## II. ÉTICA INTERNA DE LA MEDICINA

Si una persona madura observa su propia conducta, verá que tiende a valorar sus actos por los efectos o bienes que producen y calculará si son positivas o negativas las consecuencias de sus acciones. En el caso que nos ocupa, podemos decir, que la ética médica se ocupa de la conducta del médico en cuanto se proyecta y se realiza en la buena atención al paciente. Es un saber práctico y directivo acerca de la conducta médica. Más en concreto, la ética médica se ocupa del bien del paciente, considerado por una parte en su totalidad y a la vez como ser individual: brota por sí misma de la naturaleza de las relaciones de confianza entre médico y paciente.

La relación médico-paciente descansa en un contrato tácito: ningún bien ni interés particular del médico puede anteponerse al fin primario de restituir la salud al paciente. Por tanto, la ética médica, es una ética que viene de dentro de la Medicina, que nace de ella, de lo que le es más íntimo: una ética intrínseca, de la que emanan los derechos, obligaciones y principios que la fenomenología de la Medicina nos muestra. Deriva, pues, del hecho empírico de la relación clínica. Por esto, hemos de tomar en consideración los fundamentos y criterios éticos que emanan de los fenómenos propios de la Medicina, de las acciones que la definen como una forma especial de la actividad humana, de las relaciones que generan responsabilidades morales específicas que afectan sólo a aquellos que se dedican a la Medicina (por extensión, a las otras profesiones de la salud).

Encontramos una expresión de la ética interna de la Medicina en los códigos deontológicos que mencionamos al comienzo del

capítulo. En primer lugar, han sido elaborados, dentro de la profesión, por médicos para médicos, sin intervención significativa de que personas ajenas a la Medicina. Esos códigos expresan de diferentes formas la ética interna de la profesión, que ha dado forma al compromiso de los médicos de dar prioridad al bienestar del paciente y ha marcado los ideales de su comportamiento recíproco. En segundo lugar, sus contenidos morales no derivan de un análisis metaético o de una argumentación filosófica, sino que se fijan por convenio y experiencia, innovando lo precedente, poniéndolo al día. Por eso, el contenido moral de todos los códigos conserva rasgos presentes ya en el Juramento de Hipócrates, en cierto modo, el primero de todos ellos. Se ha reprochado a la ética que subyace en el Juramento Hipocrático de ser una ética de prohibiciones, sólo válida para personas con poco empuje, poco originales y tímidas. Sin embargo, las cláusulas negativas que contiene el Juramento (no mentir, no manchar la ciencia de la Medicina, abstenerse de infligir daño, no colaborar al suicidio del paciente, etc.) son un estímulo para la práctica correcta y la búsqueda de solución para los problemas todavía hoy no resueltos. Además, los «noes» con que el médico defiende la integridad del comportamiento médico son, en realidad, afirmaciones llenas de aprecio a las personas, su salud y su vida. Los preceptos del código es verdad que pueden, en ocasiones, parecer duros. Pero, ciertamente, prohíben exclusivamente comportamientos incompatibles con la dignidad de hombres concretos. En realidad, decir que no a determinadas actuaciones, como hace el código, no es ningún atraso; significa en la práctica, decir un sí profundo, verdadero, auténtico al genuino progreso técnico y profesional, a hacer todo el bien que se pueda. Los códigos no deben derogarse, como algunos sugieren, simplemente por haber sido preparados por médicos y para médicos, y no por expertos externos o la administración pública. El valor de un código no viene de que lo haya redactado un sofisticado comité de filósofos morales, sino de que exprese la ética intrínseca de la Medicina, tal como la perciben los que sinceramente la practican.

Recuerdo que una profesora de física de bachillerato, cuando explicaba la lección sobre pesos y medidas, solía preguntar «¿qué es el metro?». No era infrecuente que los alumnos respondieran: «es una barra de platino iridiado que...». ¡No!, —interrumpía la profesora— es «la distancia que separa dos marcas en una barra de platino iridiado.... Algo parecido nos pasa cuando consideramos que la ética médica es un código deontológico, o una ley de derechos y garantías de los pacientes, o que explicar ética médica consiste en recitar y comentar artículos o sentencias. El contenido de los Códigos, lo mismo que las normas legales nos sirven de orientación, aunque de distinto modo; la ley, con el mínimo ético que le es propio; los códigos deontológicos con su normativa más exigente.

La moralidad interna de la Medicina no está desconectada de los principios, normas y virtudes que caracterizan los sistemas externos de moralidad aplicada a la Medicina, sin embargo, cada uno de ellos es mejor ponerlo en valor en la relación del médico con el paciente, encaminada a la curación y cuidado de éste. Los actos médicos son acciones humanas, de las que cada actor es responsable. Y como en cada acción humana, tanto la intención del fin como los medios para alcanzarlo, constituyen un mismo acto médico.

### III.

#### ELEMENTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Los tres fenómenos específicos de la relación médico-paciente son: 1) El hecho en sí mismo considerado de la enfermedad, 2) Las intenciones implícitas del médico en cuanto a su relación con el paciente y 3) El propio acto de la Medicina, cuyo fin principal es el bien del paciente. Todos ellos conforman una relación necesaria para que un paciente se cure.

*La enfermedad* es un fenómeno universal; está presente en las personas concretas que la padecen a lo largo de la historia humana y en todos los lugares del globo. La enfermedad y la muerte, son dos

realidades que tenemos que aceptar y que, a lo largo de la vida, experimentaremos en cualquier momento. El fenómeno de enfermar, es distinto en cada persona y también depende del lugar geográfico y la cultura en la que uno participa. Se trata de un fenómeno de la existencia, en el que el bienestar se ve amenazado por uno o varios síntomas. La sensación subjetiva de enfermedad, puede darse con distinta intensidad entre personas distintas que sufren la misma enfermedad y, de igual modo, la sensación de amenaza de la integridad física y de la agresión emocional que supone. La atención que normalmente uno presta a determinados asuntos, se desplaza hacia la enfermedad, se sufre, se puede sentir dolor y miedo a la muerte.

Los médicos y la Medicina, tienen su razón de ser en la medida que existen enfermos y enfermedades. En las facultades de Medicina, cuando se enseña de qué manera se comienza la entrevista con un paciente, se recomienda efectuar tres preguntas que el paciente nos responderá, y a través de cada respuesta comenzamos el itinerario de la relación del médico con el paciente, que conduce al diagnóstico, el tratamiento, los cuidados, la curación total, el alivio de los síntomas, y en ocasiones la muerte. Son: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?

Mucho se ha escrito sobre los diferentes tipos de relación entre el médico y el paciente. Es cierto que la relación con un paciente informado que vive en un país europeo con unas buenas prestaciones sanitarias, es diferente de la que se tiene con pacientes sin recursos que viven en países del África Subsahariana. En ambos casos tratamos con una persona enferma, cuyo valor en sí misma es infinito, y sin embargo, la sensación de enfermar la viven de un modo distinto. Lo que un médico puede hacer para curar una enfermedad tratable cuando no hay medios de tratamiento, es distinto de lo que se lleva a cabo cuando existen medios. Sin embargo, nos damos cuenta que tratamos personas, y los fenómenos experimentados por ellos, en gran parte fueron los mismos (miedo a la muerte, cansancio, angustia, inseguridad...etc) en pacientes que vivieron en la Grecia Antigua, son los mismos en los pacientes que viven

actualmente en un país escandinavo y serán los mismos en los pacientes de un mundo futuro en el que no haya guerras y todos los hombres puedan vivir en paz. Cuando la consulta está descongestionada o cuando tenemos muchas personas que atender, cuando el diagnóstico diferencial es más difícil y acertamos o cuando la patología del paciente se diagnostica a primera vista, cuando la enfermedad es curable o incurable, cuando el paciente es de un país o de una cultura distinta a la nuestra, cuando es de una u otra raza, cuando el paciente es culto o es manifiesta su falta de formación, cuando la conversación con el paciente nos resulta fácil o cuando por el contrario se muestra desconfiado y oculta algunos datos; en todo esos casos, estamos tratando con personas enfermas (al menos subjetivamente enfermas) y no podemos perder el enfoque de que esa relación médico-paciente es la piedra angular, en la que se apoya todo el fenómeno de la curación y cuidados del individuo enfermo.

Las personas enfermas buscan una solución a sus males acudiendo a los médicos. Por mucho que queramos avanzar esta relación siempre será asimétrica; aunque el paciente esté muy bien informado y elija el tratamiento que quiere y cuándo lo quiere. El médico es médico y el paciente, paciente, en el sentido que uno está enfermo y la razón de ser del otro (el médico) es contribuir a la curación y el bienestar del paciente. Se habla del «*paternalismo*» del médico. Estamos de acuerdo de huir de un paternalismo trasnochado, que ha llegado a considerar la figura del médico como un ser superior y la del paciente como un ser inferior. En épocas pasadas, el médico era requerido en determinados ambientes culturales como una figura prudente a la que se le requerían opiniones para asuntos familiares, bien distintos de la curación de un paciente. El médico era en ocasiones como consejero familiar. En este sentido, recuerdo como me contaba un buen amigo las tareas que desempeñaba su abuelo en un pueblo pequeño del levante español en los primeros años del siglo XX: ¡Las familias le pedían, nada menos, que su opinión sobre la conveniencia de los noviazgos y casamientos de sus hijos! En el Corpus Hipocrático se encuentran también indicaciones para los

médicos sobre la relación con sus maestros y su familia, que hoy en día no cabrían. Por la «ley del péndulo» se ha pasado de estas actitudes de algunos médicos a la consideración de una autonomía ilimitada por parte del paciente. Hans Martin Sass, puede representar una tendencia bastante extendida. Este autor, que fue un importador principal de la Bioética americana a Europa, decía con satisfacción en 1992, que en la relación médico-paciente, se había superado definitivamente el paternalismo y la ética médica moderna, había transformado la máxima hipocrática; ya no es la salud del enfermo la ley suprema sino la voluntad del enfermo. Hay que tener cuidado cuando hablamos del paternalismo médico, porque en ese término se pueden incluir, actitudes exageradas del médico que coarten la autonomía que para decidir tiene el paciente y también una buena actitud del médico a favor de los enfermos respetando su autonomía.

Actuar en el mejor interés del paciente y no en el suyo propio o en intereses de otros cuando el paciente salga perjudicado, es en el fondo la clave del contrato implícito que médico establece con el paciente cuando le atiende por una dolencia. Los médicos se ofrecen voluntariamente a ayudar al paciente y cuando el paciente acude, se establece una relación de confianza con ese médico. En respuesta a una necesidad, se establece un acuerdo mutuo de una relación de confianza, que es necesaria para la curación del paciente. Todo eso se lleva a cabo en un entorno social, cultural y mercantil determinado, pero la relación de confianza siempre debe existir.

#### IV. EL FIN DE LA MEDICINA Y SUS ACTOS

El fin inmediato de la Medicina es la atención y curación del paciente; cuando no se pueda curar, al menos el alivio de los síntomas y hacer que el paciente se encuentre mejor y, siempre, ayudar. Esta es la respuesta del médico a la confianza que el paciente pone en él.

Para lo anterior, en primer lugar, el médico tiene que hacer un diagnóstico de la dolencia subjetiva del enfermo, conocer el pronóstico posible en medio de todo ello, e indicar un tratamiento. El bien que un buen médico quiere hacer al paciente, puede o no puede corresponder con lo que el paciente piensa que es lo mejor. La percepción del bien por el paciente, es subjetiva y personal. Por otro lado, hay que tratar al paciente como ser humano que es, con la dignidad que se merece. La dignidad del ser humano no se puede perder, porque es inherente a la propia persona, pero es posible que se pueda vivir de modo indigno o se someta al paciente a tratamientos o situaciones que no son dignas. También hay que respetar el bien del paciente en cuanto a sus creencias, objetivos y valores. El espacio de las creencias, la increencia y la religiosidad, cuando un ser humano se encuentra más consciente de su finitud, cobra mayor realce.

La finalidad de la Medicina es pues, procurar el bien del paciente en los cuatro apartados citados. Se requiere tomar decisiones «técnicamente» y científicamente buenas, pero que estén de acuerdo con el paciente en los términos referidos. En los centros sanitarios de los países desarrollados, generalmente, se comienza la entrevista clínica con la anotación de los síntomas que el paciente describe, después se hace una exploración física y se solicitan exploraciones complementarias. En el transcurrir de estos pasos, diarios en la atención a los enfermos, surgen innumerables circunstancias de comportarse de acuerdo con la ética médica. Se da uno a conocer al paciente, se valora la capacidad y se acepta su consentimiento para una exploración determinada después de ser informado, se respeta su autonomía del paciente, se tiene ocasión de mostrar un estilo respetuoso con él, se cuida la confidencialidad, se le puede tranquilizar diciéndole la verdad acerca de su situación o sobre lo que se va a encontrar en una próxima exploración endoscópica, se puede aclarar una confusión que ha habido con él en una exploración radiológica no prevista, se puede gestionar un traslado del paciente a otro centro o un alta voluntaria. Parece que ninguna de las grandes preguntas debatidas en la bioética se maneja en un día de trabajo en la planta de

un hospital, en la consulta de un Centro de Salud o en las urgencias de un centro sanitario. En un día normal, probablemente no habrá dilemas o problemas acerca de cuidados terminales de la vida, el aborto, la experimentación genética, la clonación o la fecundación in vitro, Sin embargo habrán sido muchas las circunstancias en las que uno se ha comportado de acuerdo con las características que tiene la ética en la relación médico-paciente.

¿Tiene que tener el médico algún rasgo especial de carácter o determinados atributos personales para llevar bien a cabo la relación con el paciente que conduce a la curación del mismo? Pues sí, hay determinados rasgos de carácter que son inherentes a los fines de la Medicina y sin ellos, éstos no se pueden lograr. Enumeremos alguno de ellos: En primer lugar la fidelidad a la palabra dada al paciente, la sinceridad. Cuando se quiebra la confianza del paciente en el médico, se ve afectada toda la relación que se encamina a la curación. Hay que tener en cuenta que la confianza se gana y no se impone; de este modo, cuando se quiebra por mentir el médico, hay que recomponer la relación, porque si no se es veraz con el enfermo en una ocasión ¿Quién le garantiza a ese paciente, que todo lo demás que le ha dicho o le dirá el médico, no es también mentira? La quiebra de la fidelidad origina un gran sufrimiento al paciente, que aumenta el que ya soporta por la propia enfermedad. Otra cualidad importante del carácter es la prudencia, la capacidad de saber práctico, de elegir los medios adecuados para tomar las decisiones correctas, en una situación tan complicada como la de la actuación clínica médica; en ocasiones será hacer, en otras no hacer nada y esperar. La prudencia otorga la capacidad de solucionar situaciones, en las que uno nunca se ha encontrado, y de resolver conflictos. Actuar en situaciones de emergencia, de guerras, de posibilidad de contagio de una enfermedad infecciosa y también actuar en contra de la opinión contraria, cuando estamos seguros de lo que hacemos, aún a costa de las dificultades personales, exige de la fortaleza. El conocimiento médico es algo de una gran envergadura, que puede hacer que algún médico se considere superior a los demás y

caiga en la arrogancia; por eso se necesita la honestidad intelectual y la humildad. Otros hábitos del carácter son también necesarios, como la predisposición habitual a actuar en bien del paciente, aunque le origine al médico interferencia con planes personales o con el descanso, y ocasione quizás frustración y sensación de «perder el tiempo»; esto es facilitado por la benevolencia. La predisposición a servir al bien del paciente con esfuerzo (el sacrificio heroico no es exigido), conlleva la ausencia de interés propio.

En ausencia de esas cualidades mencionadas del carácter, es difícil que se lleve a cabo una relación del médico con el paciente con un mínimo decoro ético. Aunque dichos hábitos carecen de la especificidad de los axiomas, principios y reglas, tendríamos que evitar entrar en un «bucle» que simplifique el razonamiento, convirtiéndolo en un círculo vicioso: «las personas virtuosas hacen lo que es bueno y, el bien es lo que hacen las personas virtuosas». Los hábitos del carácter del médico, necesitan «aterrizar» en la relación médico-paciente. Así, se evita lo anteriormente descrito y también el moverse en una «teoría general de la virtud en general». El planteamiento, no es el conocimiento de una serie de principios éticos o normas que se aplican a un caso concreto y ya está. Se trata de incluir los aspectos concretos de la ética, como un elemento más en el razonamiento clínico del trato con el paciente. En el diagnóstico y diagnóstico diferencial de cada día, tratamos de encajar todas las piezas que constituyen los síntomas, los signos de la exploración física y después, las exploraciones complementarias (Analítica, exámenes de imagen, etc.) para después instaurar un tratamiento concreto a un paciente concreto que tendrá una evolución determinada, previsible o no. Se trata de incluir ahí también aspectos como las preferencias del paciente, su calidad de vida y una serie de rasgos contextuales, como factores familiares, factores económicos, elección de recursos, investigación y otros. Se trata de considerar estos aspectos, con la misma naturalidad (hemos aprendido así) con que a la hora de explorar el abdomen, se efectúa la exploración por cuadrantes.

V.

ÉTICA MÉDICA EN TERCERA PERSONA

Con el tiempo, se ha construido una Ética desde Fuera, derivada de sistemas filosóficos preexistentes, externos a la Medicina, pero que se aplican a la Medicina. Esta ética médica, se fundamenta en principios, derechos y normas, dictadas desde fuera de la Medicina indicando cual es la conducta moral apropiada y la mejor elección. La aplicación de estos sistemas filosóficos, fundamenta lo que debe o no hacerse, particularmente en situaciones clínicas. En este sentido están, el modelo filosófico de la ética natural en Aristóteles, el imperativo categórico de Kant y la maximalización de la utilidad de Stuart Mill. También está en esta línea, el modelo de virtudes como las explica el modelo cristiano, y los modelos que tienen su fuente en el modelo de la ética de Tomás de Aquino, la casuística católica, la tradición protestante, judía e islámica. Podemos así mismo considerar sistemas éticos externos, a los que se originan en las costumbres socio-culturales: en este caso, lo que es bueno o malo, acertado o desacertado, se basa en el consenso de la sociedad. Pellegrino, menciona otras fuentes de los modelos de ética desde fuera: La ética existencial, la narrativa, y la feminista, que son otros ejemplos de sistemas externos para la evaluación de lo correcto e incorrecto.

Todo el ámbito global de deberes y exigencias que las personas, habrían de considerarse obligadas a asumir, es también materia de la Ética. Se incluirían, por un lado, exigencias jurídicas. Hay que tener en cuenta, que las leyes relativas a la práctica médica, son externas a la moralidad interna de la Medicina, y lo son, debido a que están promulgadas para regir la conducta de los profesionales, entre ellas, las obligaciones de los médicos con los pacientes, estando la fuente de las mismas fuera de la acción legislativa de la Medicina. Sin embargo, las leyes responden por lo general, a la naturaleza especial de la relación médico-paciente, aunque sólo contengan el mínimo ético, facilitador de la convivencia que toda ley tiene. Debe

conocerse esto último porque, de otro modo, corremos el riesgo de desvirtuar el objeto de las leyes que no es, por ejemplo, el agradecimiento de los legislados, ni su perfeccionamiento moral, ni lograr que sean felices. La Ética, por otro lado, también incluye exigencias morales, para aspirar a la máxima perfección personal. Algunas exigencias jurídicas, se ven también acompañadas de obligaciones morales similares (por ejemplo, no matar, no robar); en otros casos no es así. Hay que llamar la atención sobre un hecho que se está introduciendo cada vez más en la práctica asistencial: la exigencia, por parte de los pacientes, familiares, asociaciones y en ocasiones personas del mundo jurídico, de derechos individuales absolutos. Esto distorsiona la relación entre el médico y el paciente. El médico, con su ética y sus indicaciones, comienza a ceder el paso al juez, porque acerca de los derechos de la persona, es el juez y no el médico la persona competente. Este desarrollo, significa una obscurecimiento de la Medicina y conduce a la judicialización de la misma, que a la larga mina la relación de confianza entre el médico y el paciente.

Aristóteles (siglo IV a.C.) en su *Ética a Nicómaco*, muestra lo que puede aceptarse como las bases filosóficas de una ética natural y elemental para todos. El mismo autor, en la *Política*, escribe que se llamaba «médico» tanto al profesional de la Medicina, como al investigador experto y al hombre culto instruido en tal ciencia, una distinción que es preciso tener presente, para advertir la variedad de autores y de lectores de los escritos del Código Hipocrático. En el público interesado por estos tratados en esa época de la historia antigua, hemos de contar fundamentalmente con médicos, pero también con hombres cultos que, como Eutidemo, sentía interés por los avances de la ciencia, y, a la vez, con filósofos que querían mantenerse al tanto de las opiniones de los asuntos médicos, como Platón y Aristóteles. Pasados los siglos, surgen las profesiones; clásicamente se consideraba la «Profesión» un rol de rango más elevado que el de los «oficios», que mantenía una situación de privilegio social. Los ámbitos de desarrollo de las profesiones fueron de modo tradicional, el teológico que incluía a los sacerdotes, el jurídico del que

formaban parte reyes, gobernantes, jueces y el sanitario constituido por los médicos. Quizás por esto, es notable el interés que ha despertado la ética de los médicos entre los filósofos, los juristas y los clérigos. Además, otros factores han influido a lo largo de la historia. En 1971, André Hellegers, obstetra católico, de origen holandés, creó un instituto en Georgetown, Washington D.C., denominado The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics, que más tarde se transformaría en el Kennedy Institute of Ethics; Hellegers y su grupo tuvieron financiación y apoyo institucional. Por un lado, la Universidad de Georgetown, su ambiente interdisciplinar y su prestigio como institución católica; por otro, el apoyo financiero de la Fundación Kennedy; y, por último, la localización en Washington D.C., centro del debate político y científico de Estados Unidos. Aunque por primera vez fue empleado por Potter, es en esta institución donde emerge con fuerza el término Bioética. Beauchamp y Childress escriben su primera edición de «Principles of Biomedical Ethics» en 1979. La quinta edición de esta obra (2003), difiere bastante de la primera en cuanto a su contenido. Utilizan el término «biomedical ethics», para referirse a un tipo de bioética aplicada que, a diferencia del informe Belmont, extiende su objeto de estudio a todo el arco de cuestiones éticas del ámbito biomédico. Recoge los tres principios del informe Belmont (autonomía, justicia, beneficencia) y añaden el principio de no maleficencia que desgajan del principio de beneficencia. En concordancia con lo que decíamos anteriormente, no deja de ser casual que Beauchamp sea filósofo y Childress teólogo.

La Bioética, nace como un intento de fusionar la ética, las humanidades y los valores humanos en la educación médica. La ética se convirtió en bioética, cuando se hizo más evidente que la Medicina es cada vez más un vehículo para la biología aplicada, y el conocimiento biológico de las cuestiones éticas va más allá de la ética profesional. El término bioética ha tenido éxito, pero, por el propio término, no se sabe si se da preponderancia a una parte (bio), o a la otra (ética). En una disciplina cuyo contenido no llega a los 40 años,

cada uno lo interpreta a su manera y «arrima el ascua a su sardina»; de este modo, algunos médicos lo identifican con la ética clásica de la profesión, con la deontología; para otros, es una ciencia que permite resolver problemas o dilemas, tanto en la labor asistencial como en el ámbito de la biología o la ecología. Desde hace unos años, con la crisis del principialismo y la búsqueda de nuevos caminos para la bioética, la crítica del sistema americano ha sido en ocasiones muy demoledora, especialmente entre los americanos mismos. En este sentido, es especialmente demostrativo el capítulo 8 del libro de Elliott «A philosophical disease: Bioethics, culture and identity». La confrontación entre bioética hecha por gente de fuera de la Medicina (Filósofos) y ética médica hecha por Médicos, no aparece demasiado en revistas de bioética, pero en cambio es aludida con frecuencia en las revistas propiamente médicas.

No obstante, todo lo descrito hasta ahora en este apartado, es digno de mención y tiene su valor, aunque constituyen medios demasiado gruesos para poder acertar en lo que hay que hacer bien en la práctica médica, entre otras cosas, porque no han sido pensados para valorar la buena o mala conducta de los médicos y otros profesionales sanitarios en la atención de pacientes, y especialmente la práctica concreta de la Medicina. De un modo u otro, dejan un «gap» entre la teoría ética y las realidades prácticas del mundo real del médico y el paciente; no se mueven lo cerca de la relación del médico y el paciente como lo hace una «ética desde dentro». Sin embargo, la moral interna de la Medicina no está desconectada de los principios externos aplicados a la Medicina, pero se necesita siempre posarse en la realidad del encuentro clínico.

Dos consideraciones adicionales. Por un lado, es necesario superar la ética de la «tercera persona», muy centrada sobre la corrección/incorrección (rightness-wrongness) del acto aisladamente considerado, más que sobre la persona que actúa en vista de un fin. Es necesario hacer uso de la libertad que cada médico posee, y medir cada acción como propia de una sola persona (el médico concreto, que trata a un paciente concreto, con una patología concreta, con unas

circunstancias concretas). En segundo lugar, hay que tener en cuenta que, si no se ponen en práctica los hábitos del carácter de los médicos, con la tendencia natural que proporciona los hábitos consolidados, solamente las normas externas gobernarán la vida del hacer médico. Si no se consiguen buenos hábitos que son internalizados, se malogra la oportunidad de crecer personalmente mediante la actuación diaria. El resultado final, es una pérdida de potencial humano y una merma de la realización del profesional como persona.

VI.  
LA IMPORTANCIA DEL EJEMPLO  
EN LA FORMACIÓN ÉTICA DE LOS MÉDICOS

La formación de un médico, puede considerarse como un proceso en que, desde su comienzo con la entrada en la Facultad de Medicina, continuando durante el periodo de médico especialista en formación, y después durante el ejercicio profesional, durante toda su vida, va adquiriendo competencias de manera progresiva; inicialmente de forma más tutelada, posteriormente asumiendo más responsabilidad y durante el ejercicio profesional, con la autonomía característica de la profesión. Lo anterior, debe hacerse desde una visión centrada en el que aprende y en todos los facultativos de las instituciones del sistema sanitario, en las que se estén formando las personas, respetando una actividad asistencial centrada en el paciente. La gestión integral del proceso docente, se basa en la visión del mismo como el devenir de una persona a través de la Facultad de Medicina y del Sistema Sanitario, y en el deseo de conseguir una atención y respuesta única a las necesidades y problemas docentes. La formación en competencias, exige definir cuáles son las que se necesita adquirir en cada momento. Está claro que, básicamente, la función de los médicos está centrada en el paciente. Siempre se enseña que la asistencia, la docencia y la investigación deben ir unidas y son necesarias. Debe trabajarse para ver qué conocimientos,

habilidades y actitudes debe tener el médico para su ejercicio profesional. Necesitamos crear, mantener, cultivar, disponer un «ethos» (hábito, carácter, modo de ser) propio y definitorio de la profesión de médico. Sencillamente, saber ciencia y tener habilidades no es suficiente, ser médico es lo importante. Hay que aprender a enseñar y evaluar los hábitos del carácter y el Profesionalismo.

No se puede olvidar que, en un grupo cualquiera, la madurez de carácter y el discernimiento de juicio que cada uno de los individuos que lo componen puedan conseguir, son cosas que dependen de lo ricas que sean su cultura y comunicación interior. De ahí, la suma importancia que se ha de dar a compartir hábitos, modelos, y fines. Eso se expresa generalmente en el conjunto de normas, costumbres y celebraciones propias, lo mismo que en el reconocimiento de modelos —personajes o ideales— que definen la identidad moral, el estilo ético del grupo. Eso vale para el hospital y en centro de salud.

Las actuaciones que los residentes observan en las personas que se encargan su formación, influyen decisivamente en su crecimiento, tanto de competencias y habilidades técnicas, como de hábitos estables del carácter. Aprenden a ser médicos con lo que ven y oyen a la cabecera del enfermo, en las sesiones clínicas; con lo que captan en las lecturas recomendadas. Pero les influye sobre todo lo que ven hacer a sus tutores, la conducta de los que son mayores. La manera de comportarse de un senior determina el comportamiento de sus compañeros, especialmente los más jóvenes y en periodo de formación. El médico, para llegar a serlo y para seguir siéndolo, necesita de la ayuda de sus colegas. El ambiente le hace ser lo que es: el ambiente es «epigenético». Eso es así, porque el médico, como cualquier persona, posee un «germen de capacidad de conocimiento moral», en concreto, un «conocimiento moral de lo que significa ser médico», que viene a ser como una especie de «órgano» que emite en onda ética, que discierne lo que es bueno para el paciente y lo que no lo es, que señala lo el médico puede hacer y lo que debe hacer. Esa capacidad natural de discernimiento ético, guarda cierto paralelismo con la capacidad de adquirir el lenguaje oral y escrito. Todo el mundo

la tiene, pero no todos la desarrollan de modo igual; algunas personas saben hablar pero no escribir; otros hablan y escriben medianamente, otros lo hacen bien o muy bien; y otros, muy pocos, son geniales. El nivel alcanzado, depende de la instrucción que cada uno haya recibido; por lo general, no hablan igual quienes sólo han recibido la Educación Primaria que los que ha estudiado en la Universidad una licenciatura de Humanidades. En el médico, la capacidad natural de saber lo que hay que hacer, crece y se enriquece en la medida en que uno trata a más y más pacientes y, a la vez que estudia, se va fijando en lo que hacen sus colegas, en especial aquellos que toma como modelos.

Se puede clarificar el crecimiento moral del médico joven, con el ejemplo de lo que sucede en los niños. Estos tienen un profundo sentido de la justicia: se rebelan cuando la ven lesionada. Tienen también un fuerte sentido de la bondad y la sinceridad. Pero ese «órgano» moral «se atrofia» en los niños, si no ven los valores morales encarnados en las personas con autoridad. Si ven que el derecho del más fuerte es norma habitual de conducta, aprenden muy pronto a mentir por miedo a las amenazas y para librarse de ellas. Si comprueban que sus padres no les dicen la verdad, y emplean la mentira en la vida diaria como un instrumento habitual en sus relaciones, desaparece el brillo de su capacidad de conocimiento de lo que está bien o mal, y se deforman.

Son muchos los factores que influyen en su desarrollo moral: los modelos sociales, la moda, lo que asimilan de la televisión, del cine, de la prensa, de Internet, en los que a veces se puede presentar, por ejemplo, a gente sin escrúpulos como gente que triunfa en la vida o se pone como modelo a depredadores que «se enriquecen» a toda costa. En definitiva, existen en la cultura social una serie de elementos humanos claramente objetivados que intervienen en el resultado de la educación del niño y el adolescente. De modo semejante, nunca se podrá ponderar suficientemente el papel del ejemplo en la educación médica. Tiene un gran peso específico, tanto si falta como si está presente. Si el estudiante de medicina o el médico

especialista en formación, ve que un médico «senior» miente; o trata con poco aprecio a los pacientes o sus familiares; o se lleva del hospital, para usar en su consulta privada o en su casa, guantes estériles, material de curas, instrumentos o fármacos; será difícil que lleguen a arraigar los consejos que ese profesional pueda dar el comportamiento ético: sólo transmitirá cinismo. Del mismo modo, si pasa el tiempo y se hace patente que un médico no estudia, ni tiene interés en evaluar los resultados de su propia práctica clínica y compararlos con los descritos en publicaciones, para mejorar de esa manera la atención de sus pacientes; o si los comentarios que hace, demuestran una actitud despectiva hacia la investigación y hacia los colegas que colaboran en ella, será muy difícil que los jóvenes médicos valoren positivamente el estudio, las publicaciones, la investigación o el comportamiento adecuado con los pacientes, y la actuación de acuerdo con lo que es correcto.

El mal ejemplo continuado destruye en el niño la rebeldía ante el mal. Y destruye en el médico joven el vigor de carácter que lleva a la denuncia y a la rectificación. Uno de los retos más difíciles para los médicos en formación, es cómo sobrevivir éticamente cuando ven a colegas de un nivel más alto que comportarse de una manera inaceptable, especialmente si, por añadidura, esos colegas les animan a comportarse de esta manera. A fin de cuentas, la ética médica no sólo es una disciplina que se aprende en lecciones de clase, seminarios de casos y lecturas asignadas. Es también, y de modo relevante, una tradición de hábitos del carácter que se transmite con el ejemplo.

## VII. EL NUEVO PROFESIONALISMO Y LA ÉTICA DE LA MEDICINA

La salud, uno de los pilares tradicionales de la sociedad humana, ha sido considerado esencial en el «estado de bienestar», como un derecho que las democracias occidentales han ido reconociendo y

consolidando a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. En consecuencia, la Medicina y médicos han tenido que abandonar su tradicional carácter liberal y privado, para convertirse en elemento socializado y público del nuevo tejido histórico. Los servicios sanitarios y, por tanto la Medicina, constituyen en los países avanzados el renglón primero y dominante del gasto social: la Medicina se ha visto así metida de lleno en la economía, de modo que no sólo ha de rendir cuentas de su actividad, sino que lo económico es un elemento ineludible en todos sus planes y decisiones. Como sus antecesores, el profesional de la nueva Medicina está destinado, al servicio de sus pacientes individuales: pero, al mismo tiempo, ha de cuidar de la salud económica del sistema. Eso crea un nuevo mundo de responsabilidad ética.

Finalizando el segundo milenio, algunas sociedades científicas apreciaron los cambios ocurridos en la Medicina (la expansión tecnológica, la irrupción de nuevos modelos de prestar servicios y de ordenar los sistemas de atención médica, la presencia de fuerzas muy poderosas en el mercado de la salud y, finalmente, el fenómeno inédito de la globalización) y se persuadieron de que a los médicos les resultaba cada vez más difícil hacer compatibles sus responsabilidades éticas hacia los pacientes con las impuestas por la sociedad. En 2002, tras años de trabajo, el American Board of Internal Medicine, el American College of Physicians y la Federación Europea de Medicina Interna dieron a la luz un documento, publicado en un gran número de importantes revistas médicas, titulado *Medical Professionalism in the New Millennium: a Physicians' Charter*, en el que se proponía los nuevos ideales a los que los médicos pueden y deben aspirar.

Ese nuevo «profesionalismo médico» surge impulsado por la estimulante idea de la que los profesionales de la medicina deben rendir cuentas de su gestión. Hasta entonces, los códigos de ética habían establecido las normas de conducta que los médicos habían de observar con sus pacientes y sus colegas. Pero los cambios socioculturales hacían necesario introducir un nuevo protagonista, un agente

poderoso y exigente: la sociedad. Para acogerlo e integrarlo pacíficamente en la Medicina del nuevo milenio, nació el nuevo Profesionalismo médico. Su mera proclamación mediante la Carta ha creado no poca confusión. Para algunos viene a desplazar la ética hasta ahora vigente o a cambiarla radicalmente: parece anteponer los compromisos sociales y económicos a los del médico con su paciente y consigo mismo.

En el nuevo Profesionalismo la relación del médico con el paciente queda, si no se está atento, sometida a imperativos externos (directrices económicas, organizativas, de calidad en la actuación clínica) y puede perder densidad humana y autenticidad personal. Pero no podemos olvidar que, aunque las coordenadas históricas hayan cambiado, la singular relación entre médico y paciente sigue siendo necesaria para la curación, sigue formando parte del «núcleo duro» en que confluyen los conocimientos, las habilidades y la conciencia del médico. Queda por delante una larga tarea de adaptación del médico a la Carta del nuevo Milenio, en la que se han de adquirir nuevas actitudes y aptitudes, sin sacrificar valores éticos, como el respeto a la vida y a la singularidad de las personas, que históricamente tanto costó adquirir y asentar.

Parece necesaria una «doble observancia» por parte de los profesionales de la Medicina: han de ser, a la vez, miembros de los Colegios de Médicos; y han de ser agentes de la implantación del nuevo Profesionalismo. Por un lado, los Colegios deberán seguir desempeñando su importante, imprescindible, papel de cuidar de la ética de la profesión y de no frustrar las expectativas de los pacientes sobre el modo correcto, deontológico, de comportarse los colegiados. En fin de cuentas, la tarea de administrar la herencia de la ética interna de la Medicina es lo que justifica histórica y socialmente la autorregulación de la profesión médica. Por otro lado, han de ir tomando progresivamente de la Carta principios, responsabilidades y compromisos para aclimatarlos a su ambiente y mejorar así de la ecología ética de la institución en que trabajan. La tarea compete también, y seriamente, a las administraciones públicas: en la

mayoría de los países del Viejo Continente, los sistemas nacionales de salud son los principales empleadores de los médicos que cada año finalizan su periodo de formación como especialistas. No puede olvidarse que la sostenibilidad y el desarrollo de esos sistemas dependen en gran medida de la ética y la profesionalidad de los médicos.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- BEAUCHAMP, T.L. (1979): Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 1.<sup>a</sup> Ed. Ed. Oxford University Press, New York.
- BEAUCHAMP T.L. y CHILDRESS J.F. (2001): *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth Ed. Oxford University Press, New York.
- DOYAL, L. (2001): «Closing the gap between professional teaching and practice». *Br Med J*; 322: 685-6.
- ELLIOTT, C. (1999): *A Philosophical Disease: Bioethics, Culture and Identity*; New York: Routledge.
- GARCIA GUAL, C., LARA NAVA, M.D., LÓPEZ FÉREZ, J.A., CABELLOS ÁLVAREZ B. (1983): *Tratados Hipocráticos I*; 10-421. Biblioteca clásica Gredos, 63. Editorial Gredos, S.A. Madrid.
- GMC Education (2008): *Medical Students: Professional values and fitness to practice*, General Medical Council Guidelines.
- GMC (2002): *Good Medical Practice 2006: Making and Using Visual and Audio Recordings of Patients*. General Medical Council Guidelines.
- GRACIA D. (2008): *Fundamentos de Bioética*. Editorial Triacastela. Madrid.
- (2004): *Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética*. Editorial Triacastela. Madrid.
- JONSEN, A.R., SIEGLER, M. y WINSLADE, W. (2005): *Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la Medicina clínica*; Barcelona: Ariel.

- MCDougall, R., Sokol, D.K. (2008): «The ethical junior: a typology of ethical problems faced by house officers». *J Royal Soc Med*; 101: 67-70.
- PELLEGRINO, Edmund D. (2003): «The moral foundations of the patient-physician relationship: The essence of medical ethics». *Military Medical Ethics*, Vol. I, Section 1; 3-18. <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS56843> Published by the Office of The Surgeon General at TMM Publications. Borden Institute. Walter Reed Army Medical Center. Washington, DC 20307-5001. USA.
- PELLEGRINO, E.D. (2006): Bioethics and Politics: «Doing Ethics» in the Public Square. *J Med Phil*; 31: 569-584.
- POTTER, V.R. (1971): *Bioethics: Bridge to the Future*; New Jersey: Prentice Hall.
- Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. «Medical Professionalism in the new millennium: A physician charter». *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-246.
- QUARINI, C.J. (2010): A day in the life of a junior doctor: everyday ethical encounters. *Postgrad Med J*. doi: 10.1136/pgmj.2008.077388
- SASS, H.M. (1992): «Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten», 3. Zentrum für Medizinische Ethik Bochum.
- SPAEMANN, R. (2010): *Ética: Cuestiones fundamentales*. Barañain (Navarra): Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- TALCOTT, Parsons (1954): *Essays in Sociological Theory*. New York: The free Press (MacMillan Publishing).
- WORLD ECONOMIC FORUM: <http://www.weforum.org/en/media/publications/AnnualReport/index.htm>.



## 6

### LA ENSEÑANZA DEL HUMANISMO MÉDICO\*

José de Portugal Álvarez\*\*

Hay varias maneras de entender el humanismo relacionado con la Medicina y los médicos, resumidas en estas cuatro variedades principales: el humanismo histórico, el culto, el clínico y el científico.

El *humanismo histórico* o clásico, fue básicamente una corriente de pensamiento iniciada en Occidente durante el Renacimiento, común a muchos médicos de los siglos XV y XVI que sintieron la necesidad de renovar la Medicina de su tiempo mediante la utilización adecuada e inteligente del legado de la antigüedad clásica. De la Grecia y de la Roma antigua extrajeron los médicos inquietos del Renacimiento la savia necesaria para cambiar una Medicina que, por su forma y contenido, no les satisfacía. Este humanismo clásico se ha quedado entre nosotros en un simple interés historiográfico, pero quizás esconda todavía bajo su piel histórica la gran enseñanza de la renovación como necesidad.

El *humanismo culto* puede entenderse como la actividad, intelectual o artística, que el médico realiza al margen de la Medicina (paramédica, suele llamarse) y en campos que tradicionalmente han sido tenidos por humanistas: las artes, la literatura, la filosofía, el ensayo,

---

\* Republicado con permiso de *De la Medicina y el Médico*, KOS: Madrid 2011, pp. 50-53.

\*\* Catedrático de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

la historia, etc. Más que de humanismo en sentido estricto, que significa conocimiento del ser humano y la atención a éste según tal conocimiento, debería hablarse de actividad cultural del médico, y si por costumbre quiere mantenerse el término tradicional de humanismo, mejor sería hablar de humanismo del médico que de humanismo médico, porque la actividad que contiene carece de aplicación médica. Es éste un humanismo que se queda en sí mismo, en la propia satisfacción cultural del médico, sin llegar a penetrar en su actividad clínica y, por tanto, sin trascendencia médica.

El *humanismo clínico* consiste en la actitud que el médico, desde su condición de tal, tiene con el enfermo, considerando en éste, al lado de su particular patología diagnosticable y tratable, su condición de persona doliente, de hombre en estado de enfermedad. Se trata, en esencia, de la atención que en la clínica tiene el hombre médico con el hombre enfermo sobre la relación humana que entre ellos se establece. Este humanismo reside en la vocación de ser médico, en el impulso humanitario hacia el hombre enfermo, más que en el conocimiento científicamente establecido del ser humano y de su realidad. Es, ya se verá, la versión elemental o simple («para andar por casa o por la clínica») del humanismo científico.

Sin embargo, bendito sea este humanismo clínico humanitario, ejercido desde siempre por los buenos médicos, porque sin tener la estructura y el contenido del *humanismo científico* y desde la simple y sincera cordialización del acto médico, protege, en alguna medida, a pacientes y médicos de los rigores de la tecnificación y deshumanización de la Medicina actual.

¿Y en qué consiste lo que venimos llamando *humanismo científico*? Para decirlo simplemente: en el estudio y conocimiento científico de la múltiple vertiente humana del paciente y su aprovechamiento en la clínica. No se trata como en el humanismo clínico de la simple atención humanitaria del médico al paciente sobre la relación amistosa que nace de la vocación médica, sino del conocimiento del hombre como ente capaz de estar sano, ser enfermable, ser enfermo, sanar y ser mortal, capacidades éstas mediadas, en distintas manera

y medida, por la psicología del hombre y la sociedad en que vive, y enmarcado todo en la perspectiva histórica y en las condiciones morales de cada tiempo y espacio. Este conocimiento múltiple del hombre se consigue en el humanismo científico mediante el estudio de las disciplinas que desde hace años y siguiendo el modelo americano, se llaman Humanidades Médicas.

Son éstas principalmente: la Antropología, Psicología y Sociología Médicas, la Historia de la Medicina y la Bioética, disciplinas que deben ser utilizadas, tanto en la docencia como en la investigación, según el proceder científico, si bien adaptado, que infunde la enseñanza y la investigación de otras disciplinas biomédicas del *curriculum* académico. Y estas Humanidades en su condición de médicas, pueden y deben tener su aplicación en la asistencia, bien a través de la información que añaden al conocimiento completo del paciente, bien mediante la acción de consultores y especialistas en Humanidades Médicas incluidos en los comités pertinentes de los grandes hospitales, sobre cuestiones generales y particulares de la práctica médica del hospital y su área de influencia. De tal manera que éste que denominamos humanismo científico consiste, por un lado, en el conocimiento del hombre a través de las Humanidades Médicas, como complemento en el médico de su formación científico-natural y, por otro, en la aplicación de ese conocimiento a la práctica médica. Es decir, junto al estudio y la práctica de las Ciencias Biomédicas, los de las Ciencias Sociomédicas, versión en otros términos de Humanidades Médicas.

Parece obvio que para que la Patología llegue a ser completamente humana y que el saber del médico con respecto a ella, y en consecuencia su actividad diagnóstica y terapéutica, no queden reducidos únicamente a la vertiente física o científico-natural, habrá que completarlos con el conocimiento del hombre como ser mutable en su estado de salud, lo cual corresponde a la Antropología Médica, y si se quiere conocer como estas condiciones mutables del hombre (estar sano, ser enfermable, ser enfermo, etc.) han sucedido y suceden en distintas épocas y situaciones histórico-sociales, habrá que recurrir a la Antropología Cultural.

Habrá de completarse también con el conocimiento de cómo y de qué manera la estructura y la actividad psicológicas del paciente y las condiciones sociológicas en que est  inmerso, son capaces de influir en la génesis, expresión y evolución de su enfermedad, introduciéndose así la necesidad del estudio de la Psicología y la Sociología Médicas. Y debe ser conocido también como la  tica es capaz de orientar y conducir la acción del médico, a la vez que entenderla y explicarla, porque la  tica es, y no sólo para el médico, un condicionamiento práctico en la norma de conducta del ser humano, al tiempo que una disciplina científica incluida en la filosofía y la ciencia de la conducta, constituyendo la más antigua e importante de las Humanidades Médicas, la Bioética.

Y finalmente, para que la Patología sea plenariamente humana y el médico verdadero humanista, parece necesario completar su formación con el conocimiento histórico de su pasado, porque al menos, como dice Laín, procurar  al médico dos ganancias importantes: una intelectual, ayudándole a saber mejor lo que como médico sabe, y otra  tica, induciéndole a hacer mejor lo que como médico hace. Esto es en esencia, y no poco, lo que ofrece el estudio de la Historia de la Medicina, ocupando un lugar dentro de las Humanidades Médicas en la tarea común de hacer de la Medicina una actividad plenariamente humana.

Todo esto que parece tener un fundamento conceptual aceptable, suscita, al menos, dos preguntas principales. La primera es:  tiene el humanismo alguna función que cumplir, en nuestro tiempo actual y podrá tenerla en el futuro? La respuesta debe ser afirmativa y no sólo desde el optimismo y la esperanza, sino apoyada en una razón fundamental: el humanismo no es sólo, por supuesto, una tradición que viene del pasado, sino una actitud intelectual y práctica vigente, capaz de elaborar respuesta, desde sus raíces éticas y culturales, a los nuevos problemas que el proceso histórico genera. En el humanismo fundamental, vertebrando la sociedad y dándola sentido, nos queda la esperanza de una alternativa renovadora al momento histórico que vivimos, y en las Humanidades Médicas, gestoras del humanismo médico

científico, puede hallarse respuesta a los problemas actuales de una Medicina que, alejándose del hombre, se aproxima plenamente a la técnica. Y al hilo de esto viene la segunda pregunta: sobrepasando la validez conceptual, ¿son realmente útiles en la práctica las Humanidades Médicas? o más elementalmente ¿resultan útiles las Humanidades Médicas en el *currículum* académico de la formación del médico? La respuesta podría tener un contenido teórico, con seguridad convincente, pero me limitaré a dar la contestación práctica que desde hace años vienen dando las universidades americanas. Según los sucesivos informes del Instituto de Valores Humanos en Medicina, la mayoría de las escuelas de Medicina americanas han incorporado a sus *currículo* la enseñanza de las Humanidades Médicas, mediante cursos, obligatorios y optativos, que ocupan un significativo porcentaje de su actividad docente. Y lo han hecho explícitamente como respuesta a una Medicina cada vez más técnica y más cara. Puede parecer paradójico que el país más y mejor tecnificado de la tierra restaure ahora el humanismo en su Medicina, y lo hace no sólo como tributo ineludible a la tradición humanista de la Universidad, sino y posiblemente sobre todo, porque los expertos en Salud han comprobado que una asistencia realizada con el complemento médico del humanismo termina siendo no sólo más humana sino también más barata.

Otros muchos países desarrollados, conscientes de la realidad actual de la Medicina como ciencia social y sensibles a la tradición humanista esencialmente antropocéntrica, han añadido en la formación de sus médicos el estudio de las Humanidades Médicas, entendiendo que la educación no consiste sólo en la instrucción y entrenamiento en técnicas específicas, sino en la formación completa del médico, abierta al conocimiento del hombre y de su realidad, que condicione su forma de conducta clínica y profesional.

En España, salvo contadas y elogiabes excepciones, las Humanidades Médicas no han entrado de forma académica y completa a integrar la formación del médico.

De espaldas al progreso, seguimos haciendo una Medicina cada vez más técnica y antropófuga, ya casi insoportablemente cara, ajena

a lo que en la atención sanitaria es capaz de aportar el humanismo científico y haciendo cada vez más pequeñas la formación del médico y del hombre. No es ajena a este estado de cosas la progresiva pérdida en la Universidad, de la enseñanza de la medicina clínica, hoy reducida a la oferta de conocimientos inventariados, de inmediata aplicación práctica y de escasa elaboración intelectual y, en algunos casos, al aprendizaje práctico. Y sin embargo, aún queda la esperanza de que las cosas cambien, sobre la base de la necesidad objetiva, el ejemplo de otros países y el clamor de voces autorizadas de nuestra Medicina que piden la implantación del verdadero humanismo médico, el humanismo científico, en la enseñanza, la investigación y la asistencia médica.

Legado del pasado y abierto hacia el futuro, el humanismo es además de tradición y esperanza, recurso disponible del presente. Desde la tradición, el humanismo hoy aparece como recurso válido a una Sociedad y a una Medicina que lo necesita, abriendo en ambas una mejor esperanza de futuro.

**PARTE II**  
**ALGUNOS ELEMENTOS**  
**DE LA PRÁCTICA**  
**DE LA MEDICINA**



# 7

## EL BUEN MÉDICO\*

José de Portugal Álvarez\*\*

La consideración de buen médico suele darse a aquel cuya competencia científicotécnica le permite conseguir, de manera relativamente constante, una buena eficacia clínica, es decir, unos buenos resultados diagnósticos y terapéuticos, Esta consideración parece ineludible, pero es, sin duda, insuficiente porque la constitución del buen médico necesita de otros componentes relacionados con aspectos humanos, éticos, sociales y profesionales que completan y enriquecen su conducta científica y técnica. El prestigio y la necesidad de estos componentes han sido erosionados por la brillante eficacia de los procesos científicotécnicos de la Medicina actual y, sin embargo, siguen siendo imprescindibles en la correcta composición del médico para conseguir eficacia clínica y satisfacción en el paciente.

Aprovechando el recuerdo de los que he conocido y conozco, quizás resulte oportuno evocar la dimensión completa del buen médico, que por amplia y compleja y por la diversidad de los que lo son y pueden serlo, atenderemos solo a sus rasgos más esenciales y comunes.

Reducido a sus notas más elementales, podemos entender como médico el hombre (o mujer, por supuesto, pero seguiremos con hombre

---

\* Republicado con permiso de *De la Medicina y el Médico*, KOS: Madrid 2011, pp. 66-81.

\*\* Catedrático de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

en sentido genérico) que desde la decisión de adquirir tal condición, desarrolla y mantiene una formación específica que le permite transformar la decisión inicial en ejercicio. Se entiende que, reducida a estos términos elementales, esta definición esquelética del médico sea aplicable, como plantilla básica, a cualquier oficio o profesión. Sin embargo, hay en ella cuatro palabras clave cuyo desarrollo conceptual permite especificar la definición de médico y caracterizarle como bueno o malo. Estas palabras son: hombre, decisión, formación y ejercicio, las cuales han de ser tratadas por separado.

- a. El hombre para ser buen médico necesita imprescindiblemente una condición ética de la persona y, accesoriamente, de determinados rasgos de la personalidad.

Hay una pregunta latente, a veces explícita, en la gente, en los médicos y en muchos pensadores antiguos y modernos de la Medicina: ¿se puede ser buen médico sin ser buena persona? Paracelso, la gran cabeza medieval de la Medicina, dio su respuesta: *vir bonus medendi peritus*, el hombre bueno es perito en el arte de curar, y tal suele ser la respuesta de quienes meditan en las razones del buen médico o de quienes, simplemente, observan con ojo crítico sus maneras de ser y de actuar. Pero es necesario saber qué debe entenderse por ser buena persona. Es, en principio, una condición ética que tiene traducción social en norma de conducta. Esta condición ética necesita como fundamento la coherencia entre las ideas y los actos, coherencia tan profunda y constante que se constituye en la manera de ser y de actuar de la persona. Pero obviamente, las ideas a las cuales han de acoplarse los actos han de ser éticamente buenas. Tres son, a mi juicio, las que básicamente constituyen la esencia de la buena persona: el respeto, la tolerancia y la solidaridad, transformables en actos como norma de conducta. Pero además de este contenido moral, los actos deben ser lícitos, acordes con las reglas, las leyes y los preceptos. Es decir, junto a la moral esencial de los actos (actos virtuosos en el sentido aristotélico), la moral accidental de los principios y

las leyes. En definitiva, la condición de buena persona impone una norma de conducta derivada de ideas o principios virtuosos (el respeto, la tolerancia y la solidaridad) y enmarcada en principios y reglas. Su origen puede tener un componente ingénico o natural y en su desarrollo influir factores ambientales, pero su constitución definitiva es una operación culturalmente activa, dependiente de la voluntad de la persona, porque, en definitiva y por fortuna, buena persona es quien de verdad quiere serlo.

Junto a esta imprescindible condición ética de la persona del médico, operan accesoriamente otras condiciones que facilitan la bondad del médico. Son condiciones diversas que dependen del carácter, el temperamento y la inteligencia del médico y permiten o facilitan una buena relación con el paciente, una sensibilidad con su problema y el conocimiento tanto del enfermo como del problema. No podrá ser plenamente buen médico el que por sus insuficientes o defectuosas condiciones personales no pueda establecer una buena relación con el paciente o sensibilizarse con su problema físico, psíquico o social o llegar a conocer, con la mayor claridad posible, la realidad del paciente y su problema. Posiblemente la formación cultural, intelectual y artística no sea una condición imprescindible para ser buen médico en sentido estricto, pero se manifiesta muy favorable para facilitar y estimular la sensibilización y el conocimiento del médico en su relación con el paciente. La Cultura es una obligación antropológica que hace al hombre mejor y ha de contribuir, sin duda, a mejorar la condición médica del hombre.

- b. Las razones que activan la decisión de ser médico son expresión, en alguna medida, de la personalidad de quién decide y, en muchas ocasiones se mantienen, más o menos residuales, en la futura cualificación del médico. Varias pueden ser estas razones.
  - 1. En algunos casos la decisión se inicia y se madura en una especie de mimetismo personal, es decir, en el deseo de parecerse o ser igual a determinada persona que cumple una función

atrayente, en este caso la del médico, y con la cual se tiene una relación directa (el padre, la madre u otros familiares médicos, el médico de familia, etc.) o indirecta y simplemente idealizada a través de la literatura, el cine, la televisión, etc. En esta relación con la persona o la imagen que el joven admira, va tejiendo las razones de su decisión, que elaborada sucesivamente con la adición de otros componentes, puede ser definitiva.

2. Siempre hay en el joven que decide ser médico, la intención, al menos la conciencia, de conseguir con ello un modo de vida, es decir, un oficio que suponga la ocupación profesional de su vida y la obtención de recursos para ello. Sea cual sea la razón final que al joven le haga médico, el deseo y la esperanza de un futuro modo de vida, palpitan, con mayor o menor fuerza, en la factura de su decisión y se mantienen, más o menos realizados, durante la vida profesional.
3. Hay tres razones en la decisión de ser médico que pueden entenderse como la desviación hacia la ganancia de los tres componentes éticos que aceptábamos para la buena persona, es decir, el respeto, la tolerancia y la solidaridad. Respectivamente estas razones son: el deseo de adquirir prestigio, el deseo de conseguir poder y el deseo de ganar dinero. Tres razones lícitas y éticamente aceptables, siempre, claro está, que no se desboquen en desmesura, porque entonces el médico además de perder su condición de buena persona, puede encontrarse con el respectivo reverso de lo que busca: el ridículo, la injusticia o la cárcel.
4. Finalmente, sin la pretensión de haber agotado las razones que deciden a ser médico. hay dos que, por su contenido, son las más importantes: una se refiere al conocer y otra al ayudar. Hay siempre en el futuro médico la aspiración a conocer científicamente la naturaleza, en concreto la naturaleza humana, aspiración que se funda en dos tipos de deseo naturales en la condición humana: el deseo de saber y el deseo de poder que, en definitiva, representan dos formas del saber: el saber

como deseo y el saber como poder. Desea saber el joven como es el hombre y su naturaleza, normal y patológica, con la única finalidad de satisfacer su innata necesidad de saber, de adquirir conocimientos puros no necesariamente utilizables. Y aspira a conseguirlo mediante el estudio o la investigación o, simplemente, mediante el diagnóstico que siempre significa algo de descubrimiento de la naturaleza humana. Pero ineludiblemente no hay conocimiento sin interés en la existencia humana, y el saber pocas veces se queda en sí mismo y acaba transformándose en deseo de poder. Ya en el futuro médico hay un inicial deseo de poder, de poder influir y modificar la naturaleza con los poderosos medios que la ciencia y la técnica le ofrecen o, en último extremo, con la prevención y el tratamiento de las enfermedades, que suponen una y no desdeñable influencia en la naturaleza. La otra razón importante es la de ayudar. Sobre la natural o adquirida tendencia a ayudar al prójimo que todos los hombres llevan consigo, aquel que decide ser médico especifica su voluntad de ayuda en el hombre enfermo y aspira a brindársela con los medios técnicos que al respecto adquiera. En esta voluntad de ayuda al hombre enfermo, que emerge desde la condición de buena persona y habrá de realizarse en la actitud amorosa hacia el paciente, está la razón más fuerte y más específica de la decisión de ser médico. En ella reside la vocación de médico y ella mantiene esta condición.

Posiblemente en la decisión final que el joven tome para hacerse médico, haya algo, poco o mucho, de cada una de las razones antedichas y siendo así, cuando ya sea médico y el tiempo las haya ido cambiando y alterando, algunos residuos le quedarán de cada una. Pero si en el contenido de la decisión faltan las razones de conocer y ayudar y si éstas se han perdido en el que ya ejerce la Medicina, la primera no será suficiente para llegar a ser buen médico y el segundo habrá perdido su condición intrínseca de tal.

Porque en esencia, ser médico es a la vez una condición intelectual y otra afectiva, que se ensamblan para realizar técnicamente una acción y si falta una de ellas no se puede ser buen médico, porque el saber sin voluntad de ayuda termina en el nihilismo skodiano y el ayudar sin saber se queda en un gesto humanitario no pocas veces peligroso. La posesión de las dos condiciones constituye el buen médico; disponer solo de la segunda a lo más que conduce es a hacer un médico bueno.

- c. Por formación debemos entender el estado homogéneo y compacto de conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan para tareas profesionales y permiten tomar decisiones para la solución de un problema. Pero formación tiene también un sentido transitivo de proceso continuado que persigue un estado óptimo actual. El buen médico será, obviamente, el que manteniendo constantemente el proceso, disponga en cada momento de un buen estado de formación, es decir, de conocimientos, habilidades y actitudes suficientes, adecuados y pertinentes.

Pero ¿cuál es el contenido en calidad y cantidad, de estos componentes de la formación que debe poseer el buen médico? Intentaremos la explicación por separado.

Sin llegar a la pretensión de Enríquez que en el siglo XVI recomendaba «... sea el médico dado a las letras y curioso; que trabaje en su arte y huya de la ociosidad. Que sea el médico muy leído y que sepa dar razón de todo», bien es cierto que los conocimientos de un buen médico están referidos a campos muy diversos: Sociología, Psicología, Antropología, Historia de la Medicina, Ética, Economía, etc., por citar sólo los relacionados con la Medicina, pero aquí vamos a ocuparnos sólo de aquellos que tienen directa aplicación clínica. Pueden resumirse en tres grupos:

1. Básicos e imprescindibles para la adquisición de los demás conocimientos. Se inician en la etapa escolar en la Facultad de Medicina aunque están sometidos posteriormente al aditamento y la renovación. Su contenido se refiere a las disciplinas

básicas: Anatomía, Fisiología, Histología. Bioquímica, etc., que el médico, con el tiempo, va reduciendo selectivamente hasta acoplarlo a su práctica clínica. En un estudio publicado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Queensland en Australia, un elemento predictor de buen médico fue el grado de aprovechamiento de éstas disciplinas durante el periodo académico.

2. Conocimientos referidos especialmente a los procesos y enfermedades que constituyen el ámbito clínico habitual de la práctica del médico, es decir, aquellas enfermedades que por su prevalencia o especial dedicación del médico, son objeto continuo o preferente de su atención. Ciertamente el médico suele tener un buen conocimiento de lo que habitualmente maneja en la práctica, si bien modificado constantemente por el estudio y la experiencia y refrendado por la evidencia científica. Pero para que ese conocimiento sea realmente bueno, no debe quedar reducido a los fenómenos clínicos sino que ha de ser más profundo y elaborado intelectivamente, lo cual se consigue mediante el conocimiento fisiopatológico. La mentalidad fisiopatológica aplicada a la clínica, a cada caso clínico, no sólo permite un más exacto y profundo conocimiento de los fenómenos patológicos que derivará en mejores actitudes diagnósticas y terapéuticas, sino que hace posible la ineludible concepción holística del proceso morboso y, ocasionalmente, la adaptación del juicio clínico a formas no habituales de presentación o evolución de las enfermedades. Imaginativamente podríamos admitir que el buen conocimiento fisiopatológico sería capaz de permitir el descubrimiento de nuevas enfermedades o nuevas formas de enfermedad, si ello fuera posible a estas alturas.
3. Conocimientos complementarios de los anteriores, no necesariamente tan completos y profundos, pero de especial interés en el generalista. Se refieren a procesos y enfermedades no habituales ni frecuentes en la actividad clínica y a otros campos y especialidades distintos de los que ejerce el médico. Estos

conocimientos complementarios no son sólo un recurso adquirido en la buena formación del médico, sino que aparecen en ella espontáneamente, en menor o mayor cuantía, como consecuencia de la concepción fisiopatológica del clínico.

La principal cualidad de los conocimientos médicos debe ser su buena pertinencia, es decir, el mayor grado de correlación entre los conocimientos y los problemas de salud de la comunidad. Buen médico será el que disponga de conocimientos con un alto nivel de pertinencia, lo cual permitirá transformarlos en útiles y aplicables. No obstante, en su bagaje de conocimientos el médico suele disponer de muchos de carácter hipotético, teórico, especulativo, experimental, etc., que no son aplicables directamente a la clínica y que engrosan, si cabe, su acervo cultural y su erudición, pero que no le cualifican necesariamente como buen médico. Atrás quedó, en etapas anteriores a la aplicación científica de la clínica y a su expansión inmensa, la calificación de buen médico para aquel que sabía mucho o lo sabía todo, mientras que hoy tal calificativo debe quedar, en lo que a conocimientos se refiere, para el médico que disponga de los suficientes y apropiados para tomar decisiones eficaces (y enmarcadas en el complejo beneficio-coste-riesgo) en el diagnóstico y tratamiento del enfermo.

Las fuentes de conocimiento son varias y diversas (la comunicación personal, los cursos, reuniones, sesiones, la investigación, el ejercicio clínico, etc.) todas evidentemente aprovechables, pero el estudio mediante lectura como labor intelectualmente activa y trabajada, sigue siendo una forma idónea de adquisición de conocimientos y la mejor manera de depositarlos en el propio tejido del saber. El buen médico no olvida mantener la lectura periódica y recordatoria del libro base de su especialidad que suele existir en forma de tratado completo y completarla con otros recursos bibliográficos como son las revistas médicas, de las cuales debe seleccionar unas pocas (3-5) de circulación principal, adecuadas a su especialidad y, en lo posible que atiendan a la realidad

local donde ejerce la Medicina. Es imposible abarcar la información de toda la literatura científica, por lo que el buen médico debe ordenar y estratificar bien lo que lee, utilizando un buen sentido crítico y abandonando, al menos de momento, lo que no tenga una clara aplicación en la práctica clínica, salvo que en su conocimiento busque placer intelectual. Parece demostrado que de los cientos o miles de trabajos científicos que se publican en el mundo, sólo media una pequeña parte van a tener verdadera aplicación clínica y cuando esto ocurre su existencia se universaliza con rápida difusión y disponibilidad. El buen médico debe estar atento a la aparición de estas novedades válidas e incorporarlas a su bagaje intelectual y práctico. El almacenaje y disposición de los conocimientos médicos, se realizan de dos maneras: la mental y la mediática. La primera la constituye la memoria, donde se almacenan conocimientos y a su través se dispone de ellos. La otra son los medios complementarios: el libro, la revista, el ordenador, el vídeo, etc., donde se almacena todo el conocimiento del cual el médico suficientemente orientado, puede disponer. Buen médico será el que almacene en su memoria la suficiente cantidad de conocimientos para su utilización práctica y sea capaz de obtener con facilidad y precisión los contenidos en los medios.

Las habilidades prácticas son un conjunto de acciones que conducen a la realización precisa y segura de un acto, es decir, constituyen la destreza del ejecutor. En un estudio reciente médicos y pacientes coinciden en considerar como el más importante elemento en la atención al enfermo, la habilidad clínica del médico, por delante, incluso, de otros aspectos relativos al médico y al paciente y a la relación entre ambos. Otras encuestas, no obstante, señalan todo lo contrario.

Las habilidades que un médico puede disponer son de cuatro tipos:

1. Habilidades básicas o fundamentales, imprescindibles para actuar como médico. Se refieren a la obtención de la historia

clínica, la realización de la exploración clínica y al manejo de pruebas complementarias de primera línea. La destreza en estos menesteres concluye en el juicio clínico, cuyo establecimiento supone una habilidad compleja, intelectual y práctica.

2. Habilidades específicas, propias del campo o especialidad donde el médico realiza su práctica. Se entiende que, sobre las anteriores, cada especialidad exige al médico las habilidades que le son propias y que en gran medida la caracterizan.
3. Habilidades accesorias, de aplicación ocasional y oportuna. Todo médico debe tener cierto grado de destreza en acciones que ocasionalmente debe resolver, por ejemplo, maniobras de reanimación, sondajes, punciones, reducción de fracturas y luxaciones, control de hemorragias, traqueotomía, etc. También es conveniente que el médico disponga de habilidades propias de otras especialidades distintas a la suya, en las medidas de lo necesario y lo posible. Así el médico, sobre todo aquel que trabaja en la Medicina Interna o en la general, puede resultar hábil en la realización de biopsias y centesis, funduscopia, rectoscopia, espirometría, exploraciones y pruebas clínicas específicas, etc.
4. Habilidades especiales que sólo realizan algunos médicos especialistas mediante determinadas técnicas, diagnósticas y terapéuticas.

Estas habilidades médicas, como todas las habilidades, tienen dos componentes en su adquisición: uno, natural o ingénito, del que algunos médicos, sin duda, están especialmente dotados, y otro, al alcance de todos, el que se adquiere y se desarrolla mediante el entrenamiento y la experiencia. Puede admitirse que el buen médico será el que disponga de mayor cantidad de habilidades, pero es bien cierto que nunca podrá serlo aquel que carezca de las básicas o fundamentales, es decir, de las destrezas prácticas que generan el juicio clínico. El médico que no realiza o realiza mal la historia clínica y la exploración del paciente,

está fuertemente abocado a realizar una mala práctica, no sólo por el riesgo de error sino por hacerla más incómoda o peligrosa para el paciente y más costosa. Aún cayendo en el tópico, hay que insistir en que un juicio clínico derivado de una buena historia clínica y una buena exploración física completadas con algunas pruebas de realización habitual y sencilla, permite con alta frecuencia (que algunos estiman en el 70-80% de los casos) una orientación diagnóstica suficiente para tomar decisiones pertinentes. En el puro sentido operativo, buen médico es aquel que desde un juicio clínico elaborado, selecciona las acciones diagnósticas y terapéuticas atendiendo a su eficiencia y al riesgo del paciente.

Finalmente, las actitudes como componente de la formación del médico. Actitud es una disposición afectiva, relativamente constante, hacia alguien o algo, en este caso el enfermo. Si esto es así ¿en qué consiste esta afectividad del médico por el paciente? Ahondando en el corazón del hombre, Hipócrates encontró su sentimiento más alto, la filantropía, el amor al hombre como semejante, y dejó escrito en sus *Praecepta* que en ella está básicamente la razón de la Medicina. «El más hondo fundamento de la medicina es el amor» dijo Paracelso y en el alma del médico, del buen médico, de aquel que en su decisión de serlo y en su ejercicio posterior fue primordial y es constante la voluntad de ayuda, la filantropía, el amor al hombre, está la esencia de su afectividad por el paciente. Amor genérico que se activa por la necesidad de ayuda del paciente y que se especifica, según la preclara concepción Iainiana, en forma de amistad médica.

En el marco de esta actitud afectiva del médico, la estructura de la relación médico-enfermo se organiza mediante la aposición de elementos que aportan, primero, el paciente: la confianza y la confianza, segundo, el médico: la condolencia y después, ya trabada la relación entre ambos: la concordancia. Sobre esta estructura construida entre médico y paciente, se realiza la actitud del médico, con dos componentes, uno volitivo: la benevolencia, otro operativo: la beneficencia.

Lo primero que debe funcionar en la relación que el paciente establece con el médico es la confianza que el primero pone en el segundo. Confianza firme en la actuación del médico, que tiene su origen en lo que el paciente conoce de la competencia profesional del médico y de su categoría de persona y además, y otras veces al menos, en el prestigio de la institución donde trabaja o simplemente en la genérica calidad de la Medicina actual.

Entregada por el paciente su confianza, ésta se realiza verbalmente mediante la confidencia, es decir, el traslado al médico de su problema en forma reservada, con los cual desde este momento se establece entre médico y paciente el pacto tácito del secreto profesional. Mediante la narración confidencial del paciente, el médico conoce su problema y, con mayor o menor intensidad según los casos, lo siente afectivamente. Aparece así una pieza trascendente en la relación médico-enfermo, la condolencia, la participación del primero en el dolor del segundo, vinculándose sentimentalmente con el problema del paciente. Es trascendente no sólo por su propio contenido antropológico, sino porque facilita y potencia la última pieza de la estructura básica de la relación médico-enfermo: la concordancia de objetivos entre ambos (en resumen, la restauración de la salud) que es en primera instancia la razón operativa de la Medicina.

Sobre esta estructura de la relación médico-enfermo e inmediatamente desde la condolencia y la concordancia, se pone en juego la acción eferente del médico al enfermo mediante la benevolencia, el deseo y la voluntad de hacer bien al hombre enfermo según sus posibilidades técnicas y su impulso humanitario y, en definitiva, mediante la beneficencia, es decir, realizando lo mejor posible lo que como médico sabe, hace y siente para conseguir el bien deseado.

Buen médico será el que traspase con amor, en la medida que del tal disponga, todos y cada uno de estos componentes de la relación médico-enfermo y llene de él su benevolencia y su beneficencia. Pero pienso que es en la condolencia donde se inicia y

toma fuerza esta actitud médica. El compartir no sólo el conocimiento, sino y sobre todo, el sentimiento de dolencia del paciente, incorporándolo a su propia jerarquía de valores, hace que el médico tome una actitud ante el problema del paciente como si él mismo lo tuviera. Hay a este respecto en el libro tercero de *La República* de Platón, un momento en que Sócrates le dice a Glaucón a propósito de los médicos: «Los más hábiles serán aquellos que entrando desde muy jóvenes en la profesión unan a los estudios propios de su arte, la mayor experiencia por haber tratado toda clase de enfermedades y sobre todo si, siendo ellos de complejión enfermiza, hubiesen sufrido en sí mismos gran número de dolencias. Pues, si no me equivoco, no es con el cuerpo como los médicos curan los cuerpos, pues de este modo les estaría prohibido ser débiles de constitución y caer jamás enfermos. Pero curando, como curan los cuerpos mediante el alma, mal podría este alma cuidar debidamente mal alguno de estar ella o de poder estar enferma». No es posible, por fortuna, cumplir literalmente la regla que Sócrates propone, pero en ella, envuelta en su exageración retórica e irónica, Platón nos envía una sugerencia apreciable: buen médico será el que conozca las enfermedades, en el cuerpo y en el alma, como si él mismo las hubiera padecido y es desde el alma condolidada del médico donde se inicia la curación del cuerpo del enfermo. La Medicina es, dijo Platón, la ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo y en esta sentencia del filósofo griego se entrevé la sugerencia entrañable que nos hace: desde el amor del médico se atiende el cuerpo del paciente y esto es el fundamento de la Medicina. Con los años de médico y persona, quizás con la sazón de ambos, uno se da cuenta que lo que activa la fibra más sensible de la condición de médico, es la conmoción sentimental que el padecimiento del enfermo nos produce. Este sentimiento de condolencia, que tiene un principal contenido empático o afectivo, podría suponer un padecimiento también para el médico y quizás una pérdida de objetividad y firmeza en su comportamiento clínico, si no estuviera compensado por

un componente gnósico de conocimiento racional del problema del paciente y no estuviera amortiguado por la reiteración. En la clínica, el médico utiliza habitualmente una forma de empatía que puede llamarse natural porque subyace latente en todo ser humano y que, a diferencia de la empatía empírica que proponía Sócrates, no necesita la experiencia previa del sufrimiento del médico, sino simplemente la abstracción y el deseo necesarios para introducirse en el enfermo y participar imaginativamente de su padecimiento. De cualquier manera, ésta condolencia del médico enraizada en su actitud amorosa, supone el más fuerte impulso en su voluntad de ayuda.

- d. La última palabra clave en la inicial definición de médico es el ejercicio profesional, la práctica médica. Sea cual sea la forma cómo se desarrolle, pública o privada, o cualquiera de los ámbitos en que se realice: hospital, atención primaria, seguro médico, consulta privada, etc., el ejercicio médico está sujeto al menos a cuatro imperativos: la competencia, la ética, el humanismo y la profesionalización.

En sentido completo, la competencia clínica no se refiere sólo a su contenido científico-técnico, que a la postre, es el factor más directo del cumplimiento y la eficacia en la práctica médica, sino también a otras cuestiones que cada día van siendo más objeto de inspección y control por varios grupos sociales, políticos, financieros, etc., implicados en la organización y en los recursos de la sanidad. Antaño el médico participaba en una «actividad sin pérdidas» en la que no se le exigía ninguna justificación de su ejercicio y su eficacia, moviéndose en el ancho campo de la libertad clínica, pero el desarrollo moderno de la Medicina ha introducido cambios y necesidades importantes como el incremento del gasto sanitario, la limitación de los recursos, el control de la calidad asistencial, la decisión en las actuaciones sanitarias, el reparto de responsabilidades, etc., que ha implicado en su organización y seguimiento a partes bien preparadas para ello, pero distantes de la estricta actividad clínica del médico. Se han creado

así una doctrina y una práctica de gestión sanitarias, que si por una parte se manifiestan como imprescindibles y beneficiosas en términos sociales y económicos, por otra, no pocas veces crean en el médico la dificultad agobiante de acoplar sus concepciones científicas, técnicas, humanistas y éticas al cumplimiento parametrado exigido por las técnicas de gestión. Situado con frecuencia entre su perspectiva puramente médica hacia el enfermo y la perspectiva socioeconómica hacia la enfermedad de la Administración sanitaria, el médico está obligado a conjugar ambas tendencias en un ejercicio que se espera resulte beneficioso para el paciente y la sociedad. Buen médico será no sólo, por supuesto, el aplicado cumplidor de los criterios de gestión, sino el que añade a su fundamental competencia clínica y a los compromisos éticos y humanistas de la Medicina, la atención necesaria a cuestiones administrativas de la práctica, en un equilibrio potencialmente conseguible.

El comportamiento del buen médico debe ser acorde con la ética. La ética médica moderna se sostiene en tres principios morales que corresponden, respectivamente, al médico, al paciente y a la sociedad: el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia y el médico debe hacer todo lo posible por respetarlos y cumplirlos todos y de forma equivalente, lo cual no siempre es fácil y, a veces, es imposible. Buen médico será el respetuoso y cumplidor con estos preceptos morales y el que en el caso de tener que aplicar alguno en detrimento de otro, sea capaz de tomar una decisión fundamentada y lógica, es decir, extraída de la teoría y los códigos éticos y de su propia racionalización. Más difícil es la cualificación del médico cuando su acción u omisión plantean un conflicto entre su personal concepción moral y la ética convencional al uso. ¿Será bueno el médico que ante determinadas situaciones como el aborto, la eutanasia, la privación o retirada de tratamiento, la pertinencia y cualidad de información al paciente, etc., actúe más de acuerdo con su ética propia que con la ética codificada? La respuesta no puede ser simple y será dada de acuerdo con las concepciones fundamentales de cada uno, pero,

realmente, tal controversia suele quedarse en la incertidumbre teórica, porque en la práctica el brazo disuasorio de la ley inclina la decisión hacia lo establecido.

El humanismo médico debe entenderse y aplicarse según dos formas que le constituyen: una, la derivada de la actitud, ya descrita, que el médico tiene con el paciente, considerando en éste, al lado de su particular patología, su condición de persona doliente, de hombre en estado de enfermedad. Se trata, en esencia, de la atención que en la clínica tiene el hombre médico con el hombre enfermo sobre la relación humana que entre ellos se establece, como un impulso humanitario que le viene al médico desde la inicial vocación de ayuda y se mantiene como actitud amorosa hacia el paciente. Tal actitud se desarrolla en el periodo de formación médica y es predictiva de la futura satisfacción de los pacientes. La otra forma que completa el humanismo médico se refiere al estudio y conocimiento científicos de la múltiple vertiente humana del paciente y su aplicación en la clínica. Esta es la versión médica del verdadero humanismo, que en sentido estricto significa el conocimiento del ser humano y la atención a éste según tal conocimiento, lo cual se consigue, en lo que a la Medicina se refiere, mediante el estudio científico de las disciplinas que, desde hace años y siguiendo el modelo americano, se denominan Humanidades médicas (Antropología, Sociología, Psicología médicas. Historia de la Medicina, Bioética, etc.). Las Humanidades médicas, fundamento del humanismo médico científico, permiten desde la perspectiva particular de cada una, la apertura a la múltiple realidad humana del paciente y en ellas reside la esperanza de rescatar la vieja tradición antropocéntrica de la Medicina de corrientes cada vez más técnicas y alejadas del hombre.

Buen médico será el que emplee su condición de persona en la persona doliente del enfermo mediante actitud de ayuda humanitaria, pero mejor podrá serlo si dispone del conocimiento de las Humanidades médicas que le permitirá una visión diacrónica y sincrónica del hombre como ente capaz de estar sano, ser

enfermable, ser enfermo, sanar y ser mortal y aplicar esta visión general a la realidad particular de cada enfermo.

La profesionalización no es sólo un proceso de adquisición de conocimientos y pautas organizadas de conducta, necesarios para comportarse como profesional dentro de los cauces legales, éticos y sociales que cada profesión establece, sino también otro proceso de desarrollo sutil, no explícitamente organizado, que procura al profesional unas condiciones personales para cumplir con satisfacción su papel en la sociedad y que ha sido denominado socialización profesional. La socialización profesional es un proceso social que genera en el individuo una autoimagen con sentimientos de idoneidad y satisfacción, necesarios para un buen cumplimiento de su profesión. Esta adaptación psicosocial y personal del médico a su ejercicio profesional debe incluir valores éticos, sociales, científicos y antropológicos que, en alguna medida, están ya impresos en el impulso vocacional y luego se desarrollan durante el periodo formativo y la práctica médica. El médico obligatoriamente debe ser cumplidor y responsable de los preceptos y reglas que están establecidos para el ejercicio de la Medicina, pero el buen médico, además, ha conseguido sentimientos de autoestima y autosatisfacción como consecuencia de su adaptación psicosocial a lo que hace. Esta socialización profesional es como la última capa que adquiere el buen médico por encima de sus cualidades científicas, técnicas, humanas y éticas.

Adaptando lo escrito a la inicial definición del médico, podemos concluir que buen médico es, sustancialmente, aquel que es o ha logrado ser buena persona en el sentido que aquí la definimos, que decidió ser médico por deseo de saber y voluntad de ayuda, para lo cual obtuvo y mantiene un buen estado de conocimientos pertinentes, habilidades necesarias y una actitud amorosa hacia el paciente, lo cual le permite una práctica clínica en términos técnicos, humanos y administrativos competente, en el marco del cumplimiento ético y profesional y de la concepción antropológica de la Medicina y del paciente, todo lo cual concluye en

satisfacción para el enfermo, la comunidad y para él mismo. Como se ve es un esquema aplicable al buen médico de todas las épocas y de todos los sitios, sólo modificable accidentalmente por condiciones del tiempo y del espacio y que viene a identificarse puntualmente con las tres clásicas obligaciones de la actividad médica: saber, hacer y sentir.

Sin embargo, las condiciones actuales de la Medicina, han propiciado la existencia de un médico bien informado, cuya destreza personal en el juicio y manejo clínicos está apoyada, a veces sustituida, por técnicas diagnósticas y terapéuticas de extraordinaria eficacia. Este médico en posesión del saber y el hacer operativamente suficientes, puede no necesitar nada más para que su actividad clínica, en términos científicotécnicos, resulte eficaz, pero ¿podrá ser considerado plenamente buen médico si no añade a lo que sabe y lo que hace todo lo que cabe médicamente en el verbo sentir: la condolencia, la actitud amorosa, la voluntad de ayuda, la benevolencia, la concepción antropológica del paciente, etc.? Seguramente no, porque para que la patología sea plenamente humana y el saber y el hacer del médico con respecto a ella no queden reducidos a la actividad científicotécnica, el buen médico debe añadir el conocimiento más completo posible de la múltiple realidad humana del paciente y envolver su ayuda técnica en una personal actitud amorosa. Sólo así la patología adquiere categoría humana y el médico que la atiende, la completa condición de buen médico.

Podría parecer, de tanto repetirlo, que este apócope «buen» se ha quedado con un reducido contenido retórico o especulativo, sólo utilizable en divagaciones teóricas sobre el médico y, sin embargo, significa mucho aplicado a la clínica porque, con el contenido que aquí hemos descrito, facilita y completa su práctica, permite la plena satisfacción del paciente y, a la postre, acaba volviendo hacia el médico, desarrollando en él sentimientos de autoestima y autosatisfacción que son, en términos personales, la más importante ganancia que genera este oficio.

## 8

### LA ENFERMEDAD NO ES UNA METÁFORA\*

Jesús M. de Miguel\*\*

La sociedad cambia de forma acelerada. El proceso más importante de las últimas décadas es la globalización. Empezó siendo un fenómeno económico, y es ahora global (valga la redundancia). Ese proceso se ha animado con la internacionalización de las TIC o nueva tecnologías de información y comunicación. La internet está cambiando nuestras vidas. En los últimos años la crisis financiera y económica golpea de forma inmisericorde. La crisis es más visible en los países más avanzados; en cambio los BRICS (Brasil, Federación de Rusia, India, China, Sudáfrica) responden mucho mejor a la crisis. Hasta cierto punto las desigualdades entre países decrecen, pero dentro de muchos países las desigualdades sociales están aumentando. La crisis económica se ha visto envuelta con las guerras por la democracia en el norte de África, y los desastres nucleares en Japón. Son todos ellos procesos de consecuencias imprevistas. Será porque el progreso ya no es lineal, que se alzan voces en contra de medir el éxito por la riqueza (o el PIB, producto interior bruto per

---

\* Adaptado de Rodríguez, Josep y Jesús de Miguel. *Salud y poder*. Centro de Investigaciones Sociales: Madrid 1990, pp. 1-46.

\*\* MSc (London School of Economics), PhD (Yale University).  
Catedrático de la Universidad de Barcelona.

capita) y se reconquistan conceptos de bienestar, felicidad, y salud. Aunque el libro famoso de Susan Sontag utiliza este título con ironía ensayística, lo cierto es que la enfermedad *no* es una metáfora.<sup>1</sup>

## I. EL MITO DE LA SALUD

Los conceptos de «salud» y «sanidad» parecen distanciarse cada vez más. La *salud* ya no es la mera ausencia de enfermedad, sino algo positivo que supone para el individuo/a la recuperación de su autonomía, responsabilidad, y el control sobre su propio cuerpo. Se calcula que la sanidad actual —como organización y recursos públicos y privados— afecta sólo a una parte pequeña del nivel de salud de la población. La parte más importante depende de la conducta de esas personas, sus condiciones de vida, y del medio-ambiente físico que les rodea. A pesar de los indudables avances médicos y tecnológicos del último siglo, las diferencias sociales y sanitarias parecen ser cada vez mayores. Por un lado, la mayoría de la población del mundo no tiene acceso a la medicina contemporánea. Al mismo tiempo, en los

---

<sup>1</sup> He tardado más de treinta años para llegar a la redacción final de este capítulo. He ido publicando y reflexionando a través de estos años. Doy gracias institucionales sobre todo al Center for European Studies de Harvard University, y a la Universidad de Barcelona. En la última versión me han ayudado las críticas y sugerencias de colegas dispersos geográficamente (como resultado de las TIC). Por citar alguno: Albert Arcaons en Londres, Pablo González en Barcelona, Liu Kuang Yen en Asia, y una nueva generación de excelentes mexicanos: Ruy Rodríguez Gabarrón y Santi Martínez Dordella.. Debo dar las gracias —muy vitales— a *mis médicos*: Manuel Borrell, Xavier Mallat, Jorge Segura, y al llorado Juan Campos. Agradezco mucho la compañía inestimable de Ching T. Liao, y las críticas de mis hijos: Carolina desde la University of Michigan, y Robert desde Harvard University. Una inspiración especial proviene de mi hermano José Luis de Miguel, catedrático de Arquitectura en la Universidad Politécnica de Madrid. Los aciertos son de todos ellos/as; más las equivocaciones, miopías, y tergiversaciones. Agradeceré cualquier sugerencia o crítica a este capítulo en: Jesús M. de Miguel, Catedrático de Sociología, Universidad de Barcelona, Avenida Diagonal 690, 08034 Barcelona, correo electrónico [jesusmdemiguel@hotmail.com](mailto:jesusmdemiguel@hotmail.com), o en el teléfono +34 630 050 850.

países desarrollados el sector sanitario apenas influencia ya las tasas de mortalidad. Lo que llamamos Occidente experimenta un proceso de desencantamiento respecto de la sanidad. Primero, se descubrió que la conquista sobre las enfermedades infecciosas del siglo XIX se produjo antes de los avances tecnológicos médicos. Segundo, se observó que el nivel de salud de la población depende cada vez más de su conducta y del control del medio-ambiente. En una tercera etapa, se evidencia que una serie de enfermedades crónicas responden poco a los esfuerzos sanitarios. Cuarto, algunos autores llegan a considerar a la Medicina como una amenaza para la sociedad y los/as pacientes. En una quinta etapa, se responsabiliza al sistema sanitario de medicalizar y de crear juicios morales en torno a la población, sirviendo sobre todo como un mecanismo de control social.

En el Estado de Bienestar la sanidad es una parte del sistema establecido (junto con educación, obras públicas, vivienda y urbanismo) para repartir beneficios entre la población, y para nivelar las desigualdades que se crean como consecuencia del sistema económico dominante. Sin embargo, los dos objetivos —garantizar un mínimo (red de seguridad) y disminuir las desigualdades— se consiguen con dificultad. Para analizar ese fenómeno en la actualidad coexisten dos críticas distintas al sector sanitario: (1) la *crítica político-económica* considera que la Medicina contemporánea contribuye a una distribución desigual de servicios sanitarios entre la población; (2) la *crítica cultural* pone en duda el valor de los servicios médicos de algunos países avanzados. Se debaten las diversas formas de control que se podrían aplicar a la Medicina y a la profesión médica. Para lograr una distribución más equilibrada de los recursos sanitarios y un mejoramiento de su contenido se propone reducir el intervencionismo y la medicalización, aceptando cada vez más a la enfermedad como una forma de vida real... no como una metáfora. Se vuelve a las causas de la enfermedad (externas a la persona) y a la conducta humana, y al mismo tiempo se reglamenta la malpráctica para elevar la calidad de las prestaciones sanitarias, considerando que el cambio empieza por la reeducación de los propios médicos/as. Parece conveniente gastar

menos recursos pero con una mejor organización, y sobre todo potenciando la red de atención primaria de salud. Gastar menos recursos sanitarios se está convirtiendo en el primer objetivo actual del sector público ahora en plena crisis económica, fiscal, y con un desempleo que no decrece.

Las transformaciones sociales y sanitarias que se avecinan suponen un cambio de rumbo. Se desea mejorar el modelo de servicio público reduciendo su coste total, sobre todo el gasto en tecnología, partiendo de la idea de que la clave del cambio debería ser la prevención y no la curación. Los médicos/as van a ser una minoría dentro del personal del sector sanitario, y es posible que se llegue a romper el antiguo modelo gremial jerarquizado. Los aspectos éticos cobran un nuevo interés, convirtiéndose en el centro de la toma de decisiones y prioridades. No se trata ya sólo de *curar* sino sobre todo de *cuidar*. Los/as pacientes quieren recuperar su responsabilidad y autonomía, a través de una nueva relación médico-paciente más igualitaria, y con una información mejor a todos los niveles. El sistema sanitario empieza a girar en torno a la educación sanitaria de la población, pero también del personal sanitario, e incluso de los/as políticos. Todo ello podría llevar en el futuro a un sector sanitario más científico, y al mismo tiempo más comprometido con la salud de la población. Se cumple así el principio ya clásico de Virchow de que «la Medicina es Política».

En los últimos años la Medicina se ha convertido en una ciencia social; contando con que en la historia de la Humanidad las ciencias sociales posiblemente han curado más personas que la propia Medicina. Sin embargo, todas esas ciencias comparten una dificultad: que el objeto de estudio es el ser humano. Uno de los temas actuales más difíciles de investigar es precisamente el análisis de las necesidades de la población, así como el nivel de educación sanitaria que tiene esa población. Ambos procesos dependen de la cultura sanitaria, que es el conjunto de normas sociales que se relacionan con los estados de salud y enfermedad de la población. El objetivo general de la Sociología de la Salud es la construcción de una sociedad con menos

desigualdades vitales, y de un sector sanitario más eficaz, lo que —teniendo en cuenta la crisis económica— representa uno de los retos mayores de la sociedad contemporánea.

La cultura sanitaria de la Europa meridional es distinta a la de otras áreas. Las dos características fundamentales son que el sistema es más moralista y también más tradicionalista. El moralismo viene identificado por la idea de que el ser (o estar) enfermo mantiene una connotación negativa, hasta el punto de que en el lenguaje coloquial «enfermo» es lo mismo que «malo». En español la palabra malo se utiliza también para referirse a una persona que tiene un problema somático o psíquico. No hay gran diferencia entre los diversos tipos de enfermedad o la asunción de la enfermedad por parte de una persona. En inglés sin embargo hay al menos tres palabras distintas: *sickness*, *illness*, y *disease* que están relacionadas con el concepto de quién tiene la enfermedad, la noción abstracta de una enfermedad, o con los efectos que se producen al portar una enfermedad determinada. En justa compensación en castellano distinguimos entre «salud» y «sanidad» (lo que inglés se engloban en *health*). La otra característica es el tradicionalismo, que está combinado con un relativo fatalismo mediterráneo. Por ejemplo, se contesta siempre que «de algo hay que morir». Esta es una característica fundamental de muchos de los países de la Europa meridional que se resume en no utilizar una respuesta pragmática a las situaciones de enfermedad. El sistema es tradicional también desde otros puntos de vista. Por ejemplo, desde un enfoque feminista se denuncia que el diccionario de la Real Academia haya considerado a la médica como a «la mujer del médico», aun cuando existe un proceso de feminización elevado de la profesión médica (y de otras profesiones sanitarias). En realidad la universidad entera se ha feminizado, con unas 130 mujeres por cada 100 varones. Cada vez se matriculan más mujeres, sacan mejores notas, terminan más la carrera... y obtienen peores trabajos. Por otro lado, se mantiene todavía una baja opinión respecto de los hospitales, hasta el punto de que se ha definido como «el lugar al que van a morir los pobres». Durante muchos años los hospitales de la

Seguridad Social ni siquiera se denominaban hospitales sino residencias, quizás para evitar la connotación negativa del término hospital. Los hospitales privados eran clínicas. Estas dos características —moralismo y tradicionalismo— contribuyen a que se mantenga un nivel de desarrollo sanitario seguramente algo atrasado, teniendo sin embargo una morbilidad y una distribución de las enfermedades bastante moderna. Se ha dicho que España tiene la sanidad del siglo XIX y los pacientes del siglo XXI. Este proceso es parte de una crisis especial del sector sanitario que parte de una incomunicación básica entre los recursos sanitarios (públicos y del sector privado), y la salud y la atención sanitaria de la población. Sigue pensándose en que lo importante es la atención sanitaria, y que la población acceda a recursos médicos. Se sabe poco de las necesidades sanitarias de la población o de las conductas habituales de las personas y las familias.

En las últimas décadas el concepto de salud se ha ido matizando cada vez más. Ya en 1940 Sigerist escribía que la enfermedad no era otra cosa que la vida bajo condiciones anormales. Existe, y siempre ha sido así, una relación estrecha entre los problemas de sanidad y los problemas de anormalidad. Muchas de las situaciones sociales marginadas terminan siendo consideradas como procesos sanitarios. Aborto, homosexualidad, parto natural, eutanasia, o suicidio, son fenómenos que se han medicalizado. Algunos de esos conceptos se han desmedicalizado luego normalmente como consecuencia de la protesta de movimientos sociales (gays/lesbianas, por ejemplo). Se ha desarrollado incluso una disciplina que los trata de forma más sistemática que es la Bioética. En la cultura occidental el deseo de inmortalidad considera a la muerte como un fenómeno anormal, es decir, como una enfermedad. Algo similar ha sucedido también con el parto, que ha pasado de ser fenómeno natural a un proceso altamente medicalizado. Más modernamente se dice que hay que recuperar la muerte para el/la paciente, para las personas, e incluso para sus familiares. Al mismo tiempo hay que convertir al parto en un fenómeno más natural. Ambas tendencias coinciden en el tiempo

y son consideradas como procesos innovadores dentro de los sectores sanitarios contemporáneos. El proceso de mortalidad todavía no se ha medicalizado; fundamentalmente porque la mayoría de los hospitales españoles son hospitales de agudos/as y no de crónicos/as.

Ivan Illich define la salud como la intensidad con la que las personas solucionan o se adaptan a sus problemas internos y condiciones externas. La tentación de la sociedad contemporánea es tender a re-habilitar, re-integrar, des-intoxicar, o normalizar a las personas que están sujetas (supuestamente) a problemas anormales o condiciones externas difíciles de controlar. Esa tendencia obsesiva por la integración de anormales y personas enfermas, está recibiendo críticas desde diversas corrientes teóricas de las ciencias sociales. No existe un sólo grupo social, o una sociedad, en que todas las personas deban de ser igualmente integradas, sino que los grupos sociales mantienen una relativa autonomía dentro de sus propios conjuntos. Para un delincuente el ser legal significa ser una persona que está integrada dentro de su grupo ilegal, precisamente lo contrario de lo que desde una perspectiva de sociedad no-delincuente supone ser legal. Otro ejemplo, es que lo que antes se definía como familia normal, estadísticamente hablando es ahora anormal.

Pero a pesar de ese contenido fatalista que se observa en España la salud es un bien que es identificado como importante, y como un valor central en la sociedad contemporánea. Popularmente se suele pedir a la vida tres cosas: salud, dinero y amor. En la cultura catalana se resumía en salud y pesetas (¿ahora sería salud y euros?). El refrán sentencia que «sano y sin dinero medio enfermo». Estas creencias provienen de que en parte los tres factores van unidos: salud, dinero, y amor. La salud se puede definir como la capacidad de ir a trabajar, o como la posibilidad de gozar y divertirse. Se tiene una opinión alta de la salud precisamente porque vivimos en una sociedad en que todavía se valora positivamente la posibilidad y el deseo de realizar un trabajo. Es posible que en el futuro el objetivo fundamental sea consumir bienes, muchos de ellos referentes a ocio y cultura, y no tanto producir bienes que pueden ser obtenidos de forma

más automática. Las sociedades que ponen énfasis en la idea de consumir terminan también generando personas compulsivas que beben, fuman, conducen, realizan actividades de riesgo que en sí mismas pueden ser peligrosas. Se observa también una compulsión por ir al médico/a, consumir medicinas, experimentar dietas de adelgazamiento, o en general usar recursos de tipo sanitario. Es uno de los problemas fundamentales para poder controlar en el futuro el gasto en sectores de servicios sociales cuya demanda se considera infinita. La definición de salud ya no es lo contrario de enfermedad. Sigerist desarrolló hace varias décadas una definición novedosa, afirmando que: «la salud no es meramente la ausencia de enfermedad. Ello implica algo positivo, es una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida exige del individuo». Cada vez más el concepto de salud y el de enfermedad no están opuestos, o por lo menos no son dos caras distintas de una misma moneda, sino que son conceptos que tienen gradientes diversos y que admiten análisis diferenciados.

En este siglo XXI la situación no ha mejorado, y nos encontramos en un momento de crisis cualitativa del sector sanitario. El informe «Global 2000» (que se titula *The Global 2000 Report to the President: Entering the 21st Century*) considera ya que cada vez existen diferencias mayores entre países ricos y pobres en cuanto al nivel sanitario, así como la importancia de una serie de factores fundamentales para mantener la salud de la población. Cada vez se producen más alimentos, pero el precio de esos mismos productos se doblar. Hay menos energía para compartir entre la población del mundo, además de estar cada vez más concentrada y ser más cara. Los fallos nucleares en el año 2011 en Japón (causados por un terremoto y el tsunami correspondiente) agravan esta realidad. También hay menos agua y el proceso de desertización avanza en muchas partes del planeta. El informe *Global 2000* llamó la atención sobre la responsabilidad que tiene Estados Unidos (como uno de los países más ricos del mundo) de intentar controlar esos desequilibrios existentes entre países ricos y pobres. Si se analizan países concretos, las

desigualdades internas de tipo sanitario son a veces más importantes que el nivel global de salud de la población. En el caso español, el nivel de salud de la población es alto, e incluso más elevado que el de otros países más desarrollados. Pero presenta todavía morbilidades que deberían haber sido superadas, diferencias geográficas extremas en cuanto a niveles de salud, así como desigualdades altas por grupos sociales, género, y edades. Para poder aplicar el objetivo de *La salud para todos/as* las dificultades en la distribución de energía, agua o alimentos, representan un problema adicional importante para lograr un reequilibrio dentro del sector sanitario. El mundo desarrollado pasa de representar el 30% al 20% de la población del planeta, precisamente porque los países desarrollados incrementan sus habitantes en una proporción menor que los países en vías de desarrollo. A ese proceso de desigualdad contribuye que la mayor parte de los habitantes de la Tierra no tienen todavía acceso a un sistema de atención sanitaria pública y universal.

## II. CRÍTICAS A LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

El sector sanitario pasa por un proceso que es similar en muchos países. Primero, era una organización de tipo mágico basada en preceptos y previsiones poco claras. Los datos y factores fueron codificándose, y se empezó a desarrollar un conocimiento popular mezclado con magia pero que tenía alguna relación con procesos de curación. Más tarde, se convirtió en asunto religioso o teológico; todavía actualmente muchas religiones mantienen un amplio espectro de responsabilidades sanitarias. En España, hasta hace poco, muchos hospitales eran de la Iglesia Católica, y ciertas órdenes religiosas tenían responsabilidades de tipo sanitario. Un paso posterior, es que el sector sanitario se desarrolla más filosóficamente. Se debate el proceso de la muerte y de la vida, y la racionalización de la lucha de los seres humanos por impedir la muerte y por crear una organización

social que combata el deterioro del cuerpo humano. Posteriormente, o solapado con ese proceso, se produce un desarrollo de la Medicina como un conocimiento científico pero con una cierta parte de intuición o de arte. En estos momentos la Medicina sigue siendo clínica pero con un énfasis cada vez mayor en aspectos de salud pública, y epidemiológicos, en que el conocimiento médico se basa en la investigación de grupos sociales y el tratamiento colectivo de tipo sanitario. Interesa cada vez más el estado de salud de la comunidad, de poblaciones concretas, y no tanto de personas individuales. En parte esto se ha producido por un cambio en la estructura de morbididades. El problema ya no es la lucha contra las enfermedades infecciosas de tipo individual sino contra las enfermedades crónicas. Es difícil *curar* a las personas pero hay que *cuidarlas* dentro de un marco social determinado. La solución de esas enfermedades viene dada muchas veces por factores externos, controlables más a nivel de la comunidad que de seres humanos concretos.

Las nociones sanitarias están basadas en un concepto anticuado de Medicina. Se había creado una historia legendaria, sentimental y romántica de la sanidad, y sobre todo de la profesión médica. Era una mitología guerrera basada en la batalla, en la acción, incluso en la conquista, la lucha contra los gérmenes y contra el invasor. Hacia mediados del siglo XIX todavía una tercera parte de las personas que morían era por tuberculosis. El impacto de la tuberculosis decreció súbitamente pero no tanto por el desarrollo de una Medicina científica sino por factores sociales como la creación de una mejor vivienda, la utilización de agua corriente (y agua caliente), una alimentación más abundante y sana, e incluso un cierto control de la natalidad. Se mantiene una visión de lucha dentro del sistema sanitario que propone muchas veces el intervencionismo, a pesar de que en ocasiones la mejor Medicina es no tomar nada o no hacer nada. Junto a las críticas contemporáneas al sector sanitario se observa un nuevo énfasis en medicinas alternativas, dietas, masajes, infusiones, acupuntura, homeopatía, meditación, yoga, quiropráctica, que se convierten en (o se declaran como) alternativas a la Medicina

intervencionista. Incluso dentro de la Medicina contemporánea hay una tendencia para reducir ese intervencionismo, y conseguir una utilización menor de máquinas, tecnología y cirugía, así como una dedicación mayor a los efectos psicológicos de la enfermedad y a las causas externas que las producen.

El desequilibrio más llamativo es la falta de relación entre los recursos sanitarios y el nivel de salud de la población. Una mayor dotación de asistencia sanitaria poco planificada, con una utilización masiva de equipamiento técnico caro, y con una gran dosis de intervencionismo, no tiene necesariamente un reflejo positivo en los niveles de salud de la población. Tampoco existe una relación clara entre personal médico y tasas de morbilidad o de mortalidad por regiones o grupos sociales. Cuantos más médicos/as hay en una región, no necesariamente disminuye la tasa de mortalidad. Se produce así una falacia curiosa: cuando se produce una huelga de médicos (como se demostró por ejemplo en Canadá hace años) la tasa de mortalidad desciende. El refrán español ya lo dice: «porque los loros no tienen médicos viven siglo y medio, que si los tuvieran cincuenta años no vivieran». La idea fundamental de que el aumento de los recursos sanitarios (o el acceso a ellos) no va a producir un aumento correlativo del nivel de salud de la población es importante para entender la necesidad de reorganización del sistema sanitario contemporáneo.

Hay por lo menos tres problemas adicionales. Primero, que la enfermedad es un juicio de tipo profesional y moral respecto de una conducta que se considera como enfermiza o como enfermedad, pero que en ciertos casos es la violación de una norma moral o cultural en una sociedad determinada. En segundo lugar, cada vez hay más situaciones que son consideradas como enfermedades: se produce una medicalización de la vida en temas como sexo, toxicomanías, actividad de las personas o de los niños, conductas delictivas, gustos personales, etc. En tercer lugar —y a pesar de esas dos características anteriores— la mayoría de los casos de enfermedad no son vistos por el sistema sanitario sino que son solucionados dentro del

hogar (normalmente por la madre, cuando existe, quien tiene a su cargo no sólo la alimentación del hogar sino también los recursos sanitarios y las soluciones a los problemas sanitarios de la familia). Si se etiqueta algo como enfermedad es que se cree que puede ser curado. Si se denomina así a gays/lesbianas, toxicomanías, o abortos es porque se cree que interviniendo el sistema médico esas personas pueden ser controladas mejor e incluso pueden llegar a desaparecer como problema social. Sin embargo, esas situaciones comunes no tienen cura en la sociedad contemporánea, e incluso es posible que tampoco tengan solución médica en el futuro. La razón es que *no* son problemas médicos, ni siquiera sanitarios, sino situaciones sociales que se han medicalizado para hacer intervenir expertos/as en su control. En ocasiones ni siquiera son problemas estrictamente hablando.

Lo que son avances dentro del sector sanitario, pueden luego convertirse en problemas. Esto es típico de la investigación o del desarrollo de la ciencia. Los avances más impresionantes en Medicina suelen acompañarse luego de un retraso en otras líneas de investigación; esos son los procesos de ciencia normal en los que no se produce un cambio revolucionario en tratamientos, teorías, ni diagnósticos. El desarrollo de la píldora como anovulatorio supuso un triunfo considerable sobre otros métodos de control de natalidad, pero también su medicalización, y el desarrollo de procesos de control de natalidad en los que se ha dado preferencia a la efectividad frente a otros criterios sanitarios. Susan Sontag llama la atención sobre la creencia de que si se denomina algo como enfermedad, es que puede ser curado. La idea contemporánea es que todas las enfermedades pueden llegarse a curar y que sólo es un problema de dedicar más recursos para descubrir vacunas o formas de tratarlas. De ahí que incluso la terminología represente esa idea de malignidad de la enfermedad que debe ser atajada. El cáncer, por ejemplo, es un tumor «maligno», un crecimiento diabólico, desordenado, una invasión secreta de células, declarándose una batalla dentro del cuerpo humano. La buena muerte es un fallecimiento súbito, inconsciente, en el que no existe dolor. La realidad es precisamente la contraria: la

mayoría de las personas que mueren lo hacen por procesos crónicos largos y caros, en que la enfermedad se convierte en una forma de vida, y de entender las propias limitaciones respecto del desarrollo del ser humano.

En la sociedad contemporánea se ignora cómo empezar y terminar la vida. El desarrollo tecnológico de la Medicina no ayuda sino que más bien estorba en esa dirección. Por ejemplo, el proceso de medicalización del parto, y el proceso futuro de medicalización de la muerte o del fallecimiento, llevan a que no sepamos empezar la vida ni terminarla de forma fácil, personal e independiente. Mucha de la mejor crítica actual va en la dirección de intentar recuperar el control sobre el propio cuerpo. La esperanza de vida de las personas sigue aumentando, sobre todo en el caso de las mujeres. Pero cada vez las personas están más años enfermas a lo largo de su vida, y sobre todo al final de su vida. Se han cambiado unas enfermedades por otras, fundamentalmente las enfermedades agudas por las crónicas. Todo eso supone un replanteamiento del sistema sanitario, pero también una revisión de la forma en que se considera la enfermedad dentro de la sociedad contemporánea.

El sector sanitario tiende a generar dependencia como ocurre también con otros grupos profesionales y cualquier otra institución social con recursos elevados. Es una dependencia que a veces se traduce en una infantilización del paciente. El papel paternalista que mantiene el médico/a respecto de sus pacientes tiene objetivos diversos. Uno de ellos es reducir el estrés que siente el/la paciente. A veces se defiende la idea de que no hay que decir al moribundo/a que se va a morir, y que hay que ocultarle que es un enfermo/a terminal. Se justifica por la baja preparación de la población para enfocar su propia muerte o para entender de forma técnica su morbilidad. Ese proceso de dependencia se mantiene en la actualidad cuando se ha producido un desarrollo de movimientos de pacientes; y también en un momento en que los/as pacientes son cada vez más cultos. Muchos de ellos/as son capaces de entender la terminología médica, e incluso los procesos más técnicos de su enfermedad. Se

pensaba que esa dependencia iba a variar y que iba a producirse una desprofesionalización de la profesión médica (es decir, un proceso de asalarización y de proletarización de la profesión médica). Sin embargo, esto no ha sido así. Por cada asalto a la autonomía que han realizado los/as pacientes la profesión ha contestado con una sucesiva especialización en ramas técnicas, difíciles de entender. El proceso de dependencia se explica también porque la población ha sido enseñada a esperar demasiado de la Medicina, y poco de las Ciencias Sociales, de la gestión de los servicios sanitarios, o de su propia familia. Existe todavía el mito de la curación casi milagrosa, y de que la Medicina es un arte, un sexto sentido, cuyo éxito se basa en una comunicación paciente-médico directa y dependiente.

El papel que el médico/a aprende en la Facultad de Medicina, y luego en la práctica diaria, es el de un/a profesional que se dedica a sanar y curar personas. Actúa sólo si va a curar o a mejorar el estado de una persona. Pero cada vez hay más inválidos/as, más personas que son enfermas crónicas. También hay una proporción mayor de enfermos/as mentales diagnosticados, o de personas que conviven con un problema mental (que es considerado como problema por ellos/as mismas). Esos procesos de invalidez, cronificación, o problemas mentales, no tienen una solución sencilla ni una curación fácil. Algunos de esos procesos se devuelven al sector público o al entorno familiar dado que el sistema sanitario se considera corno sanador —no como cuidador— e ignora qué hacer con esos casos. El enfoque dominante es llevar la normalidad de nuevo a una persona determinada, y no necesariamente cuidar a una persona, o ayudarle a entender su situación. Esta crisis ideológica contrasta con el hecho de que no se evalúa el éxito sanitario. Es un secreto saber cuántas personas atendidas por un centro sanitario determinado, o por un médico/a concreto, son sanadas y cuántas empeoran o mueren. La evaluación de los procesos de curación de equipos sanitarios o médicos/as concretos no es parte de la información con la cual los/as pacientes eligen un médico, hospital, o sistema sanitario determinado. Es difícil saber cómo las personas toman decisiones de ese tipo.

La Medicina actual es impotente frente a los grandes problemas sociales y sanitarios (que están estrechamente interrelacionados). Fumar, beber, corrupción alimentaria que lleva a epidemias, procesos de pobreza, sida, desastres naturales como riadas, terremotos y tsunamis, mala alimentación o sobrealimentación, paro, estrés, delincuencia, falta generalizada de satisfacción en el trabajo, golpes de Estado, o la falta de poder de la población —por no enumerar más que algunos casos en la sociedad— son fenómenos con una connotación sanitaria importante ante los que la Medicina tiene poco que decir, e incluso donde los recursos sanitarios no son efectivos. Siete de cada diez personas mueren de enfermedades cardiovasculares, cáncer, o accidentes en los que la Medicina llega tarde o a veces puede hacer poco cuando está presente. Las tres causas de muerte principales son procesos en los que las Ciencias Sociales tienen mucho que decir.

### III. DESIGUALDADES SOCIO-SANITARIAS

El tema de la desigualdad es fundamental en el análisis del sector sanitario contemporáneo. Se observa la ley del inversamente proporcional: cuanta más necesidad de atención sanitaria tiene una persona, o un grupo social, menor es su acceso real a una atención sanitaria de calidad. Cuanto más grave es la enfermedad de una persona menos asistencia o tratamiento médico tiene, y cuanto más terminal es un paciente menos atención cualificada recibe por parte del sector sanitario. Estos fenómenos se han visto demostrados empíricamente en varios países. El informe *Inequalities in Health* en Gran Bretaña (conocido como el *Informe Black*) llegó a la demostración de que esta ley del inversamente proporcional se produce donde algunas tasas de mortalidad infantil entre las clases bajas son cinco veces mayores que entre las clases altas. Es difícil medir estas relaciones en la mayoría de países aunque se ha intentado varias veces.

Los pocos datos existentes sugieren que esas diferencias observadas en Gran Bretaña puedan ser similares o incluso pueden estar acentuadas en el caso español.

La Organización Mundial de la Salud plantea el desarrollo sanitario con dos objetivos fundamentales: (1) elevar el nivel de salud de la población, y (2) que decrezcan las desigualdades sanitarias *entre* países, en el mundo entero y *dentro* de naciones concretas. El primer objetivo a nivel mundial ha sido logrado. En el caso español el nivel de la salud global de la población es alto; incluso más alto de lo que debería ser según otros indicadores sociales. Pero reducir las desigualdades sanitarias actuales es tema difícil si no se produce un proceso de reorganización y reestructuración global del sector sanitario. El problema fundamental es la cristalización de procesos de desigualdad y la existencia de círculos viciosos que crean enfermedad. A nivel micro la enfermedad crea la pobreza y esa pobreza crea más enfermedad. Lo mismo podría decirse de fenómenos como el desempleo, delincuencia, alcoholismo, marginación, o exclusión social. A nivel macro el círculo vicioso es más importante todavía; el incremento de los problemas sanitarios demanda un incremento de los recursos sanitarios, y esa elevación de los recursos (dado que se distribuyen de forma desigual) tiende a aumentar las desigualdades sociosanitarias. Lo difícil realmente es parar el incremento del gasto sanitario. Es posible que en los próximos años siga aumentando, e incluso llegue a duplicarse.

Que haya más médicos/as allí donde hay más enfermedad, que haya más pediatras donde mayor es la tasa de mortalidad infantil, o que a mayor consumo farmacéutico sea mayor la mortalidad (incluso controlando por renta en la región determinada) pueden entenderse como falacias de tipo ecológico, pero también son procesos que se relacionan con el tema de la desigualdad. Existe una desconfianza cuando la relación entre recursos sanitarios y nivel de salud de la población es positiva. Esa falta de causalidad (e incluso la correlación inversa) va unida a un proceso de desencantamiento respecto de la sanidad, una crítica considerable del sistema médico

internacional, y un ataque al poder profesional médico. En el sector sanitario la participación de la población y los movimientos populares han tenido una importancia mayor que en otros sectores. No se observa una reducción del poder de la profesión médica. Como gremios las profesiones sanitarias definen una gran parte de la política sanitaria del país, y sobre todo siguen controlando la distribución de los recursos sanitarios. Consiguen, además, mantener una elevada autonomía de los criterios médicos y sanitarios con que se debe intervenir.

El proceso de desencantamiento respecto de la atención sanitaria contemporánea se concentra en los años del máximo desarrollo económico de la mayoría de los países desarrollados actuales. El incremento de los recursos y los presupuestos sanitarios fueron muy elevados, pero el incremento de los recursos no produjo un incremento paralelo en el nivel de salud de la población ni en la esperanza de vida. Países que gastaban mucho dinero mantenían un nivel de salud realmente contenido (como Estados Unidos) y al revés, países que gastaban poco (como España) mantenían un nivel de salud envidiable. En unos pocos años se duplican los recursos sanitarios, lo que se interpreta como uno de los factores que contribuyen a una crisis económica. A pesar del mayor gasto las desigualdades sanitarias parecen aumentar. Las tasas de mortalidad infantil en los Estados Unidos mantienen constante una relación del doble entre los negros/as respecto de los blancos/as, que no se ve reducida a pesar de los progresos económicos experimentados, ni de los recursos globales de los que dispone el país. Esos datos explican el desilusionamiento respecto de la efectividad de la atención médica, así como el proceso de tecnologización y especialización que se estaba potenciando.

Casi nunca se mide la eficacia real de los procedimientos, medicamentos o terapéuticas en la población, y es posible que la efectividad de muchos de esos procedimientos sea reducida o incluso nula. Una de las primeras personas que plantea seriamente el tema de la falta de eficacia de los recursos sanitarios es René Dubos, quien ya

en 1959 escribe afirmando que la disminución de la tuberculosis se produjo antes que el desarrollo de la tecnología médica. La higiene hizo más por la reducción de la tuberculosis que la propia inmunización, el desarrollo de los antibióticos, o incluso la quimioterapia. Fueron los factores de tipo social los que habían producido esa bajada y disminución de la tuberculosis y no el desarrollo de la atención sanitaria. Esa idea quedó latente durante unos cuantos años, produciendo de nuevo investigaciones a principio de los años setenta. En 1972, Cochrane señala que una serie de enfermedades no-infecciosas no responde a la atención sanitaria. Llama así la atención sobre la falta de efectividad de los recursos sanitarios para producir una mejora en enfermedades que no sean infecciosas. McKeown plantea que existe un gradiente de factores que influyen sobre la salud de las personas. El primero de ellos es el nivel de vida, es decir, la alimentación, vivienda y recursos no-sanitarios que tiene una persona o una familia. En segundo lugar está el control del medio ambiente, del agua (o la calidad del agua) que se bebe; y sólo en tercer lugar se sitúan los factores de atención médica individualizada. El sistema pues, es un modelo multicausal, difícil de equilibrar, en el que la atención sanitaria y sobre todo la atención médica son factores secundarios para la elevación del nivel de salud de la población.

La crítica más conocida es la falta de efectividad de la atención sanitaria en la sociedad contemporánea. Las hipótesis de Illich en *Némesis médica* se encuadran dentro de su tesis general sobre los defectos del sistema capitalista para asegurar una sociedad mejor, con una igualdad mayor entre las personas. Los recursos públicos que se plantean en la sociedad contemporánea tienen al final un efecto contradictorio. Se produce una medicalización de la vida en la que los problemas sociales y políticos se convierten en enfermedades, hasta el punto de que pueden producirse enfermedades yatrogénicas (las que son producidas por los procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que son utilizados en la atención sanitaria). Se observa un incremento de dependencia respecto del sistema de

organización médica hasta el punto de que la población actual a veces no controla su propio cuerpo. Las viviendas contemporáneas son mucho mejores que las de hace unas cuantas décadas, y sin embargo en estos momentos se consideran como inadecuadas para tratar la enfermedad, la muerte, e incluso el nacimiento. Se generan procesos de hospitalitis (y también de medicalitis) en que el efecto fundamental es la dependencia del ser humano respecto del sistema sanitario. Se denuncia el proceso creciente de despolitización, mediante el cual la enfermedad o la muerte se convierten en un problema individual, y muchas veces en un problema de desviación social en que el ser humano aparece como responsable de su dolencia o de su falta de calidad de vida. Es la familia del paciente quien debe utilizar recursos privados para solucionar el problema. Frente a esta situación se propone la desmedicalización radical de la sociedad. La Medicina es una amenaza para la sociedad y para los/as pacientes porque crea enfermedad, apoya instituciones que pueden incluso enfermar, y porque disminuye la autonomía de la persona.

Un médico psiquiatra plantea que la enfermedad mental es un mito, es decir un mecanismo de control social. Thomas Szasz no dice que la enfermedad mental no existe sino que es algo más que un mero conjunto de condiciones objetivas. En visión mecanicista se dice que al loco «le falta un tornillo»; pero no es cierto *que le falte* algo. Es probable que tenga un problema, pero la enfermedad mental no es en sí misma un problema. Son las consecuencias del control social por parte de la sociedad las que multiplican ese problema creando una desviación social real (este es también el razonamiento de la teoría de la reacción social). Esto es importante porque entre un 25% y un 35% de las camas hospitalarias de los países desarrollados son para enfermos/as mentales. Supone pues una cantidad de recursos económicos y de capital humano considerables. Algunos estudios, como el de Midtown Manhattan Study realizado por Srole hace ya décadas, diagnostican que en ciudades y sociedades desarrolladas una de cada ocho personas a lo largo de su vida es diagnosticada como enfermo/a mental.

Algunos autores no profesionales en temas sanitarios llegan a considerar que la enfermedad no es una metáfora, pero que dentro de la sociedad contemporánea se puede llegar a convertir en una metáfora. La enfermedad es todo aquello que reprobamos socialmente. Susan Sontag llama la atención sobre el hecho de que no es hasta 1974 que la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) *votó* que la homosexualidad no era una enfermedad. Se produce un proceso creciente de tolerancia en la sociedad actual, por el que algunos fenómenos que en su origen eran de delincuencia pasan progresivamente a ser etiquetados como enfermedad, y posteriormente a ser considerados como un estilo-de-vida propio que debe ser admitido por los demás. Medicalizar es tratar por separado problemas que en el fondo van juntos; no sólo es tratar problemas sociales desde una perspectiva sanitaria. Algunos de los problemas que encontramos en la sociedad contemporánea están a veces íntimamente relacionados: la mala salud correlaciona con pobreza, el no tener una buena vivienda, desempleo, algunas toxicomanías, la falta de poder, dependencia respecto de otras personas, aislamiento, los problemas asociados con una enfermedad concreta, y la falta de dignidad y de privacidad. Lo mismo sucede con el hecho de ser madre soltera, madre sola, mujer. Muchos de esos procesos se refuerzan unos con otros, y se presentan juntos en las personas que los padecen (por ejemplo, el proceso de feminización de la pobreza, o la pauperización de la infancia). El sistema de atención sanitaria suele mejorar algunos de los efectos, pero casi nunca resuelve las causas originales que producen esos fenómenos.

Medicalizar es segregar y discriminar a las personas por razón de un proceso determinado. En el libro de Simone de Beauvoir *Una muerte muy dulce* (sobre la agonía de su madre) algunos de esos fenómenos aparecen vívidamente interrelacionados. De Beauvoir plantea su impotencia personal por resolverlos, así como la falta de efectividad del sistema de atención sanitaria. El embarazo es seguramente uno de esos ejemplos; en la actualidad se observa una crítica de los

procesos de medicalización de la natalidad por parte no sólo de las feministas sino también de otros grupos políticos, sindicales, y de trabajadores del sector sanitario. Aparece así el movimiento en favor del parto natural, y las personas partidarias del parto ecológico, organizado en casa. Se denuncia la excesiva tecnologización del parto y la medicalización del parto en provecho, lógicamente, de las instituciones sanitarias y sobre todo de la profesión médica de cada país. Esto es parte de un proceso de intervencionismo sanitario que tiene su apogeo en los años setenta y ochenta del siglo pasado, a pesar del movimiento que se produce en esos años y que lucha por el derecho a morir sin intervenciones médicas, y a autoprovocarse la muerte en determinadas circunstancias.

#### IV. CAMBIOS FUTUROS

La ciencia avanza que es una barbaridad. La frase de zarzuela se cita casi siempre con cierta ironía. La crítica actual al sistema sanitario se resume fundamentalmente en dos teorías. La primera, es la económico-política o marxista en que se considera que los intereses materiales son los que crean la desigualdad y los problemas dentro del sector sanitario; la segunda cultural o culturalista critica el conocimiento médico occidental y su aplicación. La crítica político-económica centra su atención en la distribución desigual de los servicios sanitarios: algunas personas no pueden pagar la atención sanitaria; hay una distribución desequilibrada de recursos sanitarios con un acceso desigual de las personas a esos recursos; falta atención primaria de salud y médicos/as generales; sobran tecnologías y especialistas; y el sector sanitario es sexista y discriminante para inmigrantes y personas de otras etnias. Desde esa perspectiva crítica se realizan estudios de diferencias geográficas en los que se observa la distribución desigual de recursos, por clases sociales, y en el acceso de la población a los recursos sanitarios existentes. Se critica

a los sistemas sanitarios (incluso públicos) considerando que son ejemplos de no-sistemas, es decir, de organizaciones fragmentadas, burocráticas, y poco efectivas. Según algunos autores, esa estructura de desigualdad depende del régimen político capitalista que produce un deterioro inevitable del sector sanitario. La reforma del sector sanitario es parcial (como ha ocurrido en Suecia o en Gran Bretaña) pero sin que esa aventura esté exenta de críticas o de problemas. La solución que se plantea es realizar la revolución, cambiar el sistema social antes que el sistema sanitario, o llegar por lo menos a una solución de igualación de acceso a unos recursos sanitarios públicos extensos.

La crítica culturalista pone en duda el valor de ciertos servicios médicos contemporáneos, y no cree que los recursos de atención sanitaria sean efectivos, ni humanos, ni deseables. No es conveniente pues el acceso a algo que no es beneficioso. La crítica culturalista ha sido aprovechada por grupos conservadores para defender que los sectores sanitarios deben dejar de ser públicos porque no son ni necesarios ni beneficiosos, y que es preferible que la atención sanitaria dependa de la capacidad de compra de personas privadas. La crítica culturalista se inicia con un debate sobre los servicios de salud mental, que señala la falta de eficacia de la psiquiatría (y especialmente de la psicoterapia). Según algunos médicos, las instituciones que se dedican a mejorar la salud mental de las personas terminan siendo instituciones de control social en vez de solucionar problemas dentro de la sociedad. En ese proceso lo que se discute es la definición de anormalidad. Desde una perspectiva teórica se sugiere que la normalidad es una definición poco científica. Dentro de este modelo culturalista de crítica hay también una fracción importante que mantiene un punto de vista ligeramente diferente, y que es parte del movimiento feminista. En tres cuartas partes de los casos la mujer es la persona que contrata la atención sanitaria, ya sea para ella misma, sus procesos de reproducción, o para sus familiares. Las mujeres son tratadas como inferiores dentro de un sistema sanitario —privado o público— que es fundamentalmente

machista y que refleja la estructura social. Falta información respecto de la anatomía y personalidad femeninas, sexualidad, control de natalidad, cuidado de los niños y las niñas, y aborto en el sector público. Esos y otros fenómenos siguen siendo ignorados o distorsionados por el sistema sanitario y sobre todo por los médicos/as. El análisis de las ideologías de la profesión médica en torno a las mujeres, o sobre los niños y niñas, llega a conclusiones similares como yo demostré ya en mis libros *El mito de la inmaculada concepción*, y *La amorosa dictadura*. La distorsión y la segregación que se produce dentro de la sociedad contemporánea se ve apoyada por el (supuesto) conocimiento profesional de los médicos/as.

Las instituciones sanitarias cambian poco la conducta humana. Las campañas para reducir el consumo de cigarrillos, limitar la ingestión de alcohol, lograr que las personas usen siempre cinturón de seguridad, no utilicen el teléfono móvil al conducir, se cepillen los dientes, cambien sus pautas de alimentación, reproducción, consumo y seguridad en el trabajo se enfrentan con el hecho de que son conductas difíciles de cambiar a pesar de la utilización masiva de recursos. Necesitamos más investigación sobre cómo transformar algunas de esas conductas, así como investigación ética y filosófica de por qué debemos de cambiarlas. Ante el fracaso de algunos de estos programas se producen reacciones institucionales que atribuyen la culpabilidad a la víctima, como en los casos de aborto o violación. Se tiende a una individualización de los procesos sanitarios, en que las personas son las que se convierten en irresponsables al no tener un cuidado determinado con su cuerpo. Se parte de la idea equivocada de que todas las personas tienen el mismo conocimiento, información, poder y educación para cambiar los efectos negativos, o las causas externas que inciden sobre su salud. Se parte así también de la idea de que existe una capacidad de elección que suele ser en realidad menguada y por supuesto diferente según la clase social a la que se pertenece.

Se habla insistentemente de un control de la sanidad más eficaz, de sus gastos y de una mejora en la gestión del desarrollo de los

objetivos sanitarios. En el fondo lo que se está creando es una clase directora dentro del sector sanitario, que son los gestores, gerentes, evaluadores y planificadores. En su origen eran médicos y en la actualidad son licenciados o másteres de otras carreras, fundamentalmente de Económicas, técnicos en organización y de administración de empresas. Estos (normalmente varones) suelen definir los objetivos de la institución en vez de realizar un análisis de las necesidades de la población. Freidson acuña el término de «tiranía moral» de los expertos/as dentro del sector sanitario, para explicar cómo definen lo que es la enfermedad, la terapia o terapéutica que debe aplicarse, y también la distribución de los recursos sanitarios. No es pues extraño que ante una tiranía moral los recursos se dupliquen, sin que tengan luego una efectividad proporcional. Se produce en la población una dependencia compulsiva respecto del sistema médico y la organización sanitaria. Esta dependencia está basada en una visión del médico/a apagafuegos, una especie de mito del bombero, en que el sector sanitario trata de resolver problemas de forma urgente, al final. En la actualidad esa mentalidad crea más problemas que soluciona. La asistencia médica del futuro no va a ser la atención de urgencia, sino más bien el cuidado de crónicos/as. La mentalidad de atajar problemas de forma urgente tiende a ignorar que muchos de los problemas que se presentan pueden ser evitados con un análisis de las causas externas y la previsión de las mismas. En Sociología se enseña a analizar las causas, y también las causas de las causas. La dependencia del sistema sanitario es tan grande que los/as pacientes creen que la sanidad buena es precisamente la que hace algo. La atención sanitaria puede ser peor que la propia enfermedad, no sólo porque sea yatrógena sino porque además puede ser desagradable. Conviene recordar la frase de Francis Galton de que hay una gran diferencia entre un médico bueno y uno malo, pero que apenas hay diferencia entre un buen médico y ninguno. Un diagnóstico medicalizado de ciertos problemas no siempre soluciona el problema. A veces aumenta la infelicidad de las personas, hace que se inviertan más recursos de

los necesarios, y se suele etiquetar a esa persona de por vida. Hay personas, incluso médicos/as, que en algunos casos eligen la *no* asistencia sanitaria, que prefieren morir de forma digna en vez de esperar, sufrir, o desfigurarse. El refrán español ya dice que «boticarios y médicos no toman medicinas cuando caen enfermos».

En el sistema sanitario público español el médico/a general no llega a ver enfermos/as (de hecho no tiene tiempo) sino que una proporción alta de clientes son en el fondo partes de alta o baja de la Seguridad Social, continuación de tratamiento farmacéutico, enfermos/as a los que no se les acierta el diagnóstico o el tratamiento, o personas que se sienten infelices. Los médicos/as de ambulatorio aseguran que la mayoría de sus pacientes *no* están enfermos; sin embargo, no dicen lo mismo de los/as pacientes que van a sus consultas privadas. En el fondo la infelicidad social o individual puede ser tramitada a través de un proceso de enfermedad, y ésta es la razón por la que algunas personas van al médico/a. Quizás, en el futuro, la sociedad acepte un porcentaje determinado de anormalidad o de desviación sin tratar de recluir, etiquetar como enfermedad, o marginar a esas personas. Primero, porque la medicalización cuesta mucho a la sociedad. Segundo, porque la desviación o etiquetación de esas personas produce de hecho una desviación secundaria; y en muchos casos se observa la somatización de una desviación social. Así se explica que el consumo de tranquilizantes, sedantes y medicamentos antidepresivos, o medicamentos para adelgazar crezca sin parar en muchas sociedades avanzadas. En la sociedad contemporánea la enfermedad se ha convertido en una especie de forma de vida. Nacer, morir y sufrir se medicalizan, y dado que son parte de un proceso vital general que le acontece a todos los seres humanos se convierten en un buen negocio.

Muchas de esas teorías se pueden aplicar con un mayor énfasis al caso de la salud mental. La visión mecanicista achaca a la persona (y no al entorno exterior) la causa de los problemas mentales que supuestamente padece. Se tiende pues a des-politizar y des-sociologizar la estructura mental de la comunidad. La medicina actual

controla sobre todo los sectores más inferiores o más discriminados dentro de la sociedad, como son mujeres e infancia. En el caso del sector sanitario español estos dos grupos sociales son los más privatizados de todos. El sexismo y el adultismo aparecen incluso en los libros de texto y en los manuales de formación médica, lo que refuerza la estructura de desigualdad. El caso español es de un tradicionalismo elevado, y al mismo tiempo de una tasa alta de medicalización de la sociedad. España es el único país del mundo en que todavía se defiende que en muchos casos se puede engañar al paciente y ocultarle que se está muriendo. Los sociólogos/as explican esa actitud de la profesión médica señalando que cuando un paciente es terminal quien paga es normalmente su familia o, en el caso del sector público el Estado. Por lo tanto no es ni necesario, ni importante, el que esa persona conozca su estado terminal. Existe también en la sociedad española una cierta dosis de malpráctica. Hay a veces corrupción en el sector privado, pero curiosamente la responsabilidad termina siendo del sector público. En los tiempos del código de Hamurabi (2000 años antes de Cristo) al cirujano que fallaba en una operación se le cortaba la mano. Realmente no sabemos si esa sentencia se cumplía, pero está en el código. En el caso español, se supone que el responsable final es el sector público y no las personas privadas. Esta actitud ha llevado a una pasividad excesiva por parte de la población, que convendría cambiar si se persigue una mayor autonomía y decisión de la población en los procesos de enfermar y de sanar, así como en el control sobre su cuerpo. ¡Yo no propongo volver a Hamurabi!<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> No es casual que la mayoría de los progresos realizados en salud pública se hayan realizado por médicos/as y técnicos/as en puestos asalariados. Que el sector sanitario sea un sistema público no evita el que se haya hipertrofiado. La educación sanitaria de la población debe empezar por el sector sanitario y sobre todo por los propios médicos/as. Se observa un avance en la conducta de la profesión médica respecto de otros grupos sociales. El porcentaje de médicos/as que fuman, que utilizan el cinturón de seguridad por la ciudad, que controlan la natalidad de forma progresiva, que no abusan del alcohol, y que se realizan un papanicolau con frecuencia es una proporción que seguramente no es muy distinta respecto de otros grupos sociales al mismo nivel social o de educación. Difícilmente el

Desde una perspectiva liberal, se sigue manteniendo la hipótesis de que la educación lo va a transformar todo, es decir, de que el sistema sanitario va a cambiar gracias a «más vale prevenir que curar», y sobre todo a un cambio de educación sanitaria de la población. Se propone utilizar recursos públicos en campañas y programas de (supuesta) educación sanitaria de la población. Algunos estudios sugieren que algunas campañas de educación sanitaria terminan creando más desigualdades de las que ya existían. La utilización de recursos públicos o programas de atención sanitaria para que las personas dejen de fumar, no se alcoholicen, para que los niños y niñas se cepillen los dientes con dentífrico, y para que las personas utilicen cinturón de seguridad por ciudad además de por carretera, terminan convenciendo a las personas más receptivas, normalmente de clase alta, o con una elevada educación formal, teniendo poco impacto entre las clases bajas (normalmente las que más necesitarían aplicar esos consejos). El resultado final es sorprendente. Después de algunas campañas o de ciertos programas sanitarios si se evaluasen sus efectos se vería que las desigualdades sanitarias de la población han aumentado. Obviamente esto no sucede en todos los casos, y sobre todo no ocurriría si los programas de promoción de la salud estuviesen diseñados de forma que llegasen fundamentalmente a las clases bajas y no a las clases medias y altas, y estuviesen formulados en un lenguaje apropiado. En Cataluña casi todos están en catalán, cuando la población diana es castellano-hablante o migrantes extranjeros. Las reformas sanitarias parten de una visión negativa respecto de la población. Es parte de la teoría de echar la culpa a la persona que pierde (*blaming the victim*) es decir a la víctima, al paciente, concluyendo con que esa persona no tiene una educación adecuada. Hay dos cosas en las que todo el mundo parece estar de acuerdo en el sector sanitario actual: primero, que es necesario gastar más dinero y recursos en campañas de promoción de la salud; y segundo, que la población,

---

sistema sanitario, dominado principalmente por la profesión médica, puede producir un cambio adecuado en la supuesta «mala» educación sanitaria de la población.

en general, es inadecuada, vulgar, malvada, maligna, inconsciente, irresponsable, débil, inculta, desinformada, sin conocimiento, y seguramente sin capacidad para solucionar sus propios problemas. Ambos presupuestos o hipótesis son falsos. En resumen, una utilización masiva, pero mal planificada, de recursos públicos para promocionar la salud de las personas puede generar un incremento de las desigualdades. En segundo lugar, la educación sanitaria de la población es mejor de lo que los expertos/as se empeñan en demostrar.

En 1973 se publica uno de los libros que más cambian la forma de entender los procesos de educación sanitaria. Se titula *Donde no hay doctor: Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. Ese texto fue escrito originalmente para los campesinos de la Sierra Madre occidental de México. En la introducción se parte de seis puntos, que resumen el cambio de actitud respecto de la educación sanitaria de la población: «Primero, el cuidado de la salud no es sólo un derecho sino la responsabilidad de todas las personas. Segundo, el capacitar más a cada persona para que cuide más de su salud debe ser la meta principal de cualquier actividad o programa de salud. Tercero, si recibe información clara y sencilla, la gente puede evitar y tratar en casa sus problemas más frecuentes de salud: más pronto, más barato, y muchas veces mejor que lo hacen los médicos. Cuarto, los conocimientos médicos no deben ser un secreto guardado entre pocas personas sino que se deben compartir entre todas las personas. Quinto, las personas con pocos estudios son tan responsables e inteligentes como las personas con títulos universitarios. Sexto, el cuidado básico de la salud no debe ser entregado desde fuera sino promovido dentro de la comunidad.» Es decir, se ataca otra vez la tiranía moral de los expertos/as no ya sólo en la política sanitaria en general, sino también en la atención sanitaria concreta de cada día. Pero quizás estos principios valen para una sociedad en desarrollo pero no para una postindustrial y postmoderna.

La sanidad es un principio de organización a veces dudoso. En España se vuelve repetidamente a la idea de que la salud de las personas es un asunto público (la responsabilidad del Gobierno o del

Estado) algo que en el fondo proviene del sistema absolutista y de los modelos alemanes de seguridad social de hace casi doscientos años. En 1943 se introduce en España el seguro contra la enfermedad pero no como un modelo socialista sino como un modelo primero falangista (pseudo-obrerista), y finalmente liberal, de clase media. Se trataba de solucionar el problema de que las fábricas no funcionaban si los obreros están enfermos. Era un modelo autoritario, para el pueblo pero sin el pueblo. El SOE, *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (y no seguro obligatorio contra la enfermedad) obligó ya desde su instauración en los años cuarenta a ir al médico/a a muchas personas que nunca habrían ido por propia voluntad; y además a pagar por adelantado. Se intentaba así solucionar el problema sanitario de los «productores económicamente débiles» (o físicamente débiles) como se decía en aquellos años. Como en otros países, las leyes y programas diseñados para proteger a las clases más desfavorecidas (bajas, pobres) resultaron luego beneficiosas para las clases medias. El sistema sanitario público suele ser un ejemplo —de libro— de este problema de políticas sociales.

El coste de la sanidad actual es mayor de lo que realmente puede pagar la población, y ésta es la razón fundamental de la crisis de la Seguridad Social, sobre todo en una etapa de crisis económica generalizada, y con tasas de desempleo muy altas. A pesar de ello se defienden conductas antiguas como la libertad de prescripción con nombre comercial, la elección de médico/a, o la falta de intervención por razones de conciencia. En parte lo que existe es una presión considerable por parte de la industria farmacéutica hospitalaria y de equipamiento internacional para que se consuma tecnología cara y a ser posible importada. Sólo en los Estados Unidos, por ejemplo, el sistema farmacéutico gasta en propaganda un 20% de sus beneficios. El problema no es sólo de crisis económica, sino de escasez de recursos. En diálisis o en trasplantes no es fácil encontrar una fórmula por la cual se decida quién debe ser beneficiario y quién no. En algunos casos decide el Estado, en otros el médico/a, el propio paciente o usuario. A menudo la decisión depende del nivel de

recursos del paciente o su familia. Una solución sería la lotería, como ya se utilizó en Gran Bretaña con la vacuna antipolio antes de que se introdujese de forma generalizada. La situación de escasez de recursos totales —a pesar de un enorme incremento del coste— tiende a cambiar la organización sanitaria gastando menos recursos, produciendo una mayor eficacia, invirtiendo estratégicamente, y modificando la distribución de recursos. Una de las soluciones pasa por el desarrollo de la *atención primaria de la salud* (APS) a costa de los presupuestos de otras formas secundarias y terciarias de atención sanitaria. Según la Organización Mundial de la Salud la atención primaria de salud debería concentrar el 70% de los recursos (aunque nunca se especifica qué clase de recursos). Pero las mejores consultas ambulatorias suelen estar en los hospitales (consultas externas) que aumentan en mayor proporción que las otras consultas ambulatorias. Los médicos/as del futuro se educan fundamentalmente en hospitales, incluyendo así muchos de los médicos-de-familia, de medicina-comunitaria y de salud-pública que existen en el país. El sistema sanitario actual recibe todo tipo de críticas. El refrán español dice que «más vale ir a la cárcel que al hospital». Algunos estudios señalan que la frecuencia de los accidentes en hospitales es más alta que en el resto de las industrias a excepción de las minas o la construcción. Hay más suicidios en los hospitales generales que en los hospitales psiquiátricos. Además, entre enfermos/as se produce un fenómeno de segregación, de falta de autonomía y de dependencia. El lumpen acaba cuidando del lumpen: es decir, los enfermos/as más crónicos, mentales, y de mayor edad están siendo cuidados por personas marginales dentro del sector sanitario, por los médicos/as en prácticas, monjas, las que limpian el hospital, o por personas con unos niveles de formación bajos.

Se dice que «somos lo que comemos». La industria de alimentos es cada vez más comercial, y por lo tanto también más cara relativamente hablando. Arruina nuestra salud, y encima trata de vender comidas naturales, integrales, o complejos vitamínicos que son más caros que las comidas procesadas. Esta paradoja produce discriminación

entre la población. Contradicciones del mismo tipo existen cuando los beneficios públicos del tabaco y del alcohol (obtenidos a través del monopolio y los impuestos) se gastan luego masivamente en atención sanitaria pública. La paradoja es que el tabaco sea considerado como una empresa que cada año tiene que invertir más y obtener más beneficios.

Las críticas al proceso de medicalización de la sociedad han tendido a ser utópicas, optimistas, y a considerar que las profesiones clásicas y en particular las sanitarias van a desaparecer en el futuro. Algunas personas consideran que los médicos/as van a desaparecer, y que van a ser sustituidos por computadoras, y por técnicos/as concretos, especializados en máquinas y en otros procesos tecnológicos. No se acepta el mito de la autoridad del médico/a, ni que el diagnóstico y el tratamiento tengan que ser individualizados y sigan siendo un arte no racionalizado. La revolución tecnológica va a eliminar el médico/a dentro del sistema sanitario, y reducir drásticamente su supuesta superioridad humana en el proceso de diagnóstico y de tratamiento. Existen también las teorías sobre la desprofesionalización de los/as profesionales del sector sanitario, y sobre su proletarización. Como Freidson señala en su libro *Professional Powers* en el mundo se produce un proceso de asalarización de los médicos/as y de otros/as profesionales sanitarios, y al mismo tiempo un relativo incremento del poder de los usuarios/as dentro del sector sanitario. Pero en la mayoría de los países no se está produciendo el esperado proceso de desprofesionalización, ni siquiera de proletarización de los profesionales dentro de las organizaciones complejas contemporáneas, sino más bien un cambio en los sistemas de poder. Se trata de una estrategia diferente pero conservando un poder considerable de esos/as profesionales dentro del sector. A pesar de los cambios el sector sanitario no se está desmedicalizando ni desprofesionalizando, sino que lo que se transforma es la estrategia en la dominación del poder. Existen médicos/as más relacionados con la gestión, más médicos/as dedicados a salud pública, y no tantos concentrados/as en el poder tradicional.

La sanidad depende del modelo de sociedad en que se desarrolla ya que no es una institución autónoma. Se observa un cierto desarrollo del respeto a la autodeterminación de las personas, en el contexto de una forma de decisiones democráticas que es la que se ha institucionalizado con la democracia. En la Constitución de 1978 se establece la igualdad de acceso a la salud; se habla del derecho a la «salud pública» para todos/as los residentes en el territorio español. Esta perspectiva legal se concreta en la creación de una sociedad que es progresivamente más tolerante con la enfermedad y con la anormalidad. Estas características influyen sobre un sector sanitario que es progresivamente distinto al tradicional. Los objetivos de los años cuarenta del siglo pasado eran que la Medicina, igual que la Educación, se iban a convertir en dos sectores de servicios públicos. Curiosamente en el caso español el sector sanitario está incluso más socializado que el sector educativo, lo que suele ser al revés en la mayoría de los países europeos.

En el ideario progresista, el ideal (como en la escuela) es la creación de una atención sanitaria única, pública y gratuita. Coexisten un sector público extenso pero no utilizado por toda la población (no para todos los procesos morbosos), con un sector privado de calidad que marca persistentemente las diferencias de clase social que existen en la sociedad. A pesar de esas desigualdades nadie discute si el sistema nacional de salud deba existir o no. Las críticas, tanto de la izquierda como de la derecha, van en la dirección de una reorganización del sector sanitario, pero no hay ningún grupo que plantee seriamente la desaparición del sistema público. De forma similar, todos los grupos sociales están de acuerdo en que un tema importante es reducir el coste sanitario, o por lo menos no aumentarlo demasiado. El presupuesto sanitario total (incluyendo sector público y privado) no es muy alto. Permite todavía una fuerte ampliación del sector público y una reducción —aunque seguramente no una desaparición— del sector privado. En los países en que el gasto sanitario supera el 10% del PIB se plantea reducir sensiblemente ese coste tanto en hospitales como en ambulatorios y en personal

médico-sanitario. Paralelamente se piensa en medidas sociales similares al hablar también de reducir el número de automóviles, y sobre todo de limitar su número en el tráfico urbano. Algunos autores proponen seriamente reducir a la mitad el gasto sanitario basándose en que esa medida no alteraría el nivel de salud de la población.

Convendría estudiar con más detalle las prioridades, y sobre todo que no se gasten más recursos en tecnología (fundamentalmente porque es lo más caro), mientras no se resuelvan antes otros asuntos más simples y baratos. Queda por decidir qué parte de la tecnología es prioritaria, y cuál es un lujo que incrementa además las desigualdades de tipo social y sanitario. Algunos estudios proponen decrecer los presupuestos que se dedican a hospitales y tecnología y aumentar sensiblemente: (1) los que se dedican al análisis de las causas de la enfermedad, (2) los factores que pueden elevar y promocionar la salud de las personas, y (3) crear redes de atención sanitaria que contribuyan a la prevención de la enfermedad y a la reducción drástica de los accidentes. Eso supone más estudios de tipo social, sociológico, de salud pública y epidemiología. Al mismo tiempo es necesaria una reducción de cierto equipamiento generador de gastos, quizás personal médico especialista y de hospitales. Yo propongo analizar no sólo las causas de las enfermedad, sino las causas de las causas. Habría que mejorar los dos sectores al mismo tiempo, tanto el primario como el hospitalario; y eso lógicamente hace más difícil una reducción de costes. Parece que hay unanimidad en que el máximo éxito provendría de la prevención de la enfermedad y no tanto del tratamiento de la misma. Lo que hay que proponer son cambios de la sociedad global actual, como sociedad de consumo, postindustrial, postmoderna, y postmaterialista. La Organización Mundial de la Salud señala algunos de esos objetivos de *añadir más años a la vida*, y luego *más vida a los años* que ya se viven. Eso supone mantener la salud de las personas que tienen salud, y aumentar su bienestar, de los grupos sociales y de las comunidades. En el futuro los grupos que tradicionalmente han sido más segregados o discriminados dentro del sector sanitario (mujeres e

infancia entre otras minorías) son los que deben de concentrar más esfuerzos y recursos.

Conviene reducir el carácter burocrático e impersonal del sistema sanitario, a través (entre otros mecanismos) de un proceso de descentralización. Ese proceso (de humanización como se ha denominado) ha avanzado mucho, en parte porque el punto de partida era bajo y con una elevada centralización. La dificultad estriba en reducir los desequilibrios entre las 17 comunidades autónomas, entre los municipios, de los recursos sanitarios que se tienen y sobre todo de su impacto sobre el nivel de salud de la población. *El Ministerio de Sanidad* (si es que sigue existiendo) va a dedicarse a la planificación sanitaria básica, al medio-ambiente, a controlar a otros ministerios y a desarrollar campañas, programas y actividades de otras instituciones públicas relacionadas con la salud de las personas. No se va a dedicar a la gestión de los hospitales o al control del personal sanitario. Serán los ciudadanos/as seguramente quienes controlarán el sistema sanitario a nivel local. Esto se hará de dos formas: dirigida desde arriba, y también desde la base.

Es posible que en los próximos años seamos espectadores de un desarrollo sin precedentes de movimientos populares en el área sanitaria. Esto va a producirse por un uso inteligente de las TIC. En muchos de los movimientos sociales que existen, aunque no se dedican directamente a temas sanitarios, una proporción elevada de su actividad tiene relación con la sanidad: feministas, movimientos ecologistas, favorables al desarrollo sostenible, sindicatos y desempleados, consumidores y usuarios en general. Existen además movimientos populares netamente sanitarios como los de pacientes y ex-pacientes, de control hospitalario, de participación por parte de enfermos y grupos de personas con discapacidades, y en general todos los grupos y asociaciones voluntarias y los que se denominan de autoayuda o de autosocorro en temas de tipo sanitario. Se observa una tendencia que va desde una participación pasiva, a través de sindicatos (que se basan en la defensa primordial del personal sanitario y sólo secundariamente de los intereses de la población y de los/as

pacientes) a una forma más activa de control del sistema sanitario por parte de la población.

Se va a producir también un fenómeno de popularización de la investigación, que es un concepto que todavía no se ha debatido en profundidad. Este movimiento social demanda una investigación no sólo médica sino fundamentalmente social (sociológica y biológica) y política sobre las causas de la enfermedad, los métodos de alterar esas causas y de adaptarse a los factores externos. La investigación se pone al servicio de la comunidad, es utilizada por la población para tomar decisiones y para controlar el sistema sanitario. Es un tema que puede avanzar en los próximos años y que mantiene una estrecha relación con la educación sanitaria de la población. Cada vez va a haber una profesión médica menos numerosa relativamente hablando, y quizá con un menor control directo de la gestión del sistema nacional de salud, que se va descentralizando. Va a controlar cada vez menos los recursos, pero no así la aplicación de los criterios de utilización de esos recursos. Es posible, además, que el personal sanitario se estratifique menos rígidamente en el futuro. No van a desaparecer las profesiones sanitarias, pero la estructura puede resultar menos piramidal y el monopolio gremial más difuso.

El sistema *colegial* en España (por ejemplo, la Organización Médica Colegial) en su origen siguió un modelo de tipo absolutista. Los Colegios no son un sistema de defensa gremial, sino más bien de control de los/as profesionales por parte del collegium. En el futuro la profesión médica —y las demás profesiones sanitarias colegiadas— van a defender más sus intereses gremiales, pero también pueden contribuir a que existan niveles de calidad más altos en la atención sanitaria. En los países desarrollados los mejores informes sobre problemas puntuales de la salud (como pueden ser el control de la natalidad, aborto, sida, impacto de la pobreza en la salud, o la salud en el trabajo) son elaborados a veces por los Colegios (asociaciones) y academias médicas, y las de otras profesiones sanitarias, mostrando así su responsabilidad social respecto de esos problemas.

Cada vez hay más médicos/as que empiezan a pensar en términos de comunidad, medio-ambiente, salud pública, medicina preventiva y promoción de la salud, y causas de las causas; lo que supone un avance en su planteamiento tradicional. También muchos de esos médicos/as se van a agrupar en equipos, no van a trabajar como *solo-practitioners*, y van a desarrollar un papel más elaborado de medicina-comunitaria y de medicina-general. En España, la moderna utilización del término «médico/a de familia» es quizás una invención desafortunada (como muchas otras) debido a que se institucionaliza precisamente ahora cuando las familias están empezando a desaparecer, la nupcialidad es mínima, la natalidad bajísima, los modelos de estructura familiar son múltiples, diferentes, y algunos de ellos inexistentes.

La educación médica del futuro, es decir, la forma en que los/as profesionales de la Medicina deben ser educados, va a ser más científica que en la actualidad. No sólo se van a intentar solucionar los efectos de la enfermedad, sino que se va a ir directamente al análisis de sus causas. Por otro lado, dado que la estructura y distribución de la morbilidad ha cambiado, se va a empezar a enseñar a los médicos/as a cuidar, asistir, comprender, y ayudar a los enfermos/as crónicos en general y especialmente a los enfermos/as terminales. Para la profesión médica va a suponer un conocimiento más elevado de las ciencias humanas y sociales, y al mismo tiempo una formación médica mayor de la población. Hay pues que enseñar Sociología a los médicos/as y Medicina a los sociólogos/as, y ambas disciplinas a toda la población. Los médicos/as van también a demandar una formación en temas éticos, que son cada vez más importantes debido al dominio progresivo de la tecnología médica sobre el principio y el término de la vida. Hay que tener en cuenta además que los códigos éticos no van a ser solamente debatidos (o impuestos) por los médicos/as. Aparecen también códigos de tipo moral y de derechos de pacientes en torno a moribundos, suicidas, o trasplantes. Muchos de esos temas son generados precisamente por el desarrollo tecnológico. Pero en cualquier caso lo que va a prevalecer

es el punto de vista de la población y no de los/as profesionales sanitarios.

No sólo va a cambiar la organización de la sociedad sino también el conocimiento aplicado al sector sanitario. Se va a volver seguramente al estudio del medio-ambiente, de las causas que influyen en la salud de las personas, así como de las interrelaciones del cuerpo con la mente, de la sanidad con el medio-ambiente y con los factores sociales. La salud depende cada vez más de la conducta personal y de esas causas externas del medio ambiente; y así la transformación más importante proviene del cambio de la morbilidad. La reducción gradual de enfermos/as agudos (salvo en el caso de causas externas o accidentes en general) y la proliferación masiva de enfermos/as crónicos es evidente. Se trata, pues, no sólo de *curar*, cosa que cada vez se hace con limitaciones, sino de *cuidar*. El papel de la práctica médica se transforma pues a curar lo curable, y sobre todo a cuidar a los enfermos/as; precisamente lo que antiguamente era dejado en manos de otro tipo de personal como el de enfermería.

## V.

### ENTRA LA POBLACIÓN

El objetivo central de cualquier reforma sanitaria es distribuir los recursos de forma diferente, y a ser posible conforme a las necesidades de la población, y no conforme a los recursos existentes. El papel del sector sanitario es ayudar a las personas a venir y a irse de este mundo con un máximo de comodidad; y en el ínterin a curar sus enfermedades y cuidar de ellas (las personas, no sus enfermedades). Lo más importante es cambiar los efectos de la enfermedad en las personas, en la comunidad, así como la forma de influenciar las conductas de los seres humanos respecto de esos temas. Es un área en que la experiencia es poca y el valor científico de los descubrimientos limitado. El cuidado de los moribundos/as —que es una tarea de enorme responsabilidad— va a ser seguramente concentrada en

profesiones especializadas. Es posible que en el futuro el derecho de las personas al acceso a la salud pública (como menciona la *Constitución española*) o a los servicios sanitarios en general, se transforme en el derecho a poder enfrentarse a sus propios problemas sanitarios y tratar de solucionarlos de forma autónoma, con la ayuda de recursos públicos. El control del cuerpo por parte de la población es una de las tareas ideológicamente más importantes que se van a asumir en los próximos años. Supone un replanteamiento del cuerpo humano, de la mente, del control sobre el principio de la vida, el final como persona, y de las posibilidades de relación entre los seres humanos.

El objetivo es devolver la responsabilidad a las personas sobre su vida y sobre su muerte. Eso supone una liberación para la profesión médica que va a tener menos responsabilidad, o una responsabilidad más compartida. En ese modelo futuro las decisiones que son técnicas van a ser compartidas, y las no técnicas asumidas por la población. Hay todavía sectores de expertos/as (por ejemplo, planificadores y políticos sanitarios) que están convencidos de ser intérpretes de las necesidades de la población. En los próximos años se va a producir un debate considerable en torno a las políticas sanitarias de la comunidad, y a la recuperación del control del sistema sanitario por parte de la población. La población va a dejar de ser el sirviente de la Medicina; va a aprender el lenguaje médico, y sobre todo el lenguaje de la salud pública, para poder interpretar los factores que inciden sobre su salud. El sector público tiene que garantizar que la población recibe más información a todos los niveles; es decir una información que permita a las personas tomar decisiones responsables. Dar información es dar poder. El conocimiento de la realidad permite la aplicación de ese conocimiento para transformar la realidad. La información puede referirse por un lado al tratamiento y a la atención sanitaria al paciente individual, y por otro lado a los riesgos que suponen la existencia de un medioambiente determinado. Todo va a llevar a una nueva relación médico-paciente dando más responsabilidad por parte de la población

y también una mayor delegación de responsabilidades a la profesión médica. La tendencia es a que el/la paciente hable con el médico/a de igual a igual, y pueda (el/la paciente) tomar decisiones. La malpráctica (del médico/a) se va a solucionar con seguros a todo riesgo (como los de los automóviles) que además terminarán siendo pagados públicamente entre todos/as. La población cree firmemente en la responsabilidad del sector público, y ésta es una característica peculiar del sistema sanitario que es difícil que cambie en varios años.

La población va a querer vivir una vida más saludable, y va a tomar decisiones sobre el tabaco, alcohol, dieta, aborto, operaciones, concepción, medicamentos, accidentes. En los próximos años se va a observar un desarrollo considerable de programas sanitarios en la escuela, en el trabajo, y también en el hogar. Se trata de un nuevo papel para los/as profesionales sanitarios, y para otros técnicos sanitarios, que van a colaborar en esos programas de educación. Pero los expertos/as no van a ser necesariamente los que vayan a dirigir esos procesos de educación, ni siquiera sus contenidos, aunque sí que van a ayudar técnicamente —o con una información determinada— a que esos programas se desarrollen. El sector público tiene una responsabilidad (a través de la prensa, radio, televisión) clara para que los programas y campañas sanitarias protejan la máxima independencia y autonomía de la población. El concepto de educación sanitaria debe ser ampliado, en vez de entenderse como una mera impartición de órdenes o consejos de arriba a abajo. Se va a tratar de potenciar el deseo de la población por entender su propio cuerpo, y los cambios que se producen, y no sólo respecto de tres o cuatro temas manidos (como dientes, fumar, contracepción) normalmente en la parte más externa del individuo. La educación sanitaria va a entenderse como un sistema de ayudarse unas personas a otras, a menudo formando grupos o colectivos, y como mecanismos para motivar a las personas a mantener una mayor responsabilidad. La internet es un nuevo instrumento con grandes posibilidades para la educación sanitaria, para compartir información, y para crear información y actitudes.

El sistema sanitario de la dictadura supuso una relativa socialización de la sanidad, pero por otro lado una dependencia casi total de los/as pacientes respecto del sistema. Así se explica que en la actualidad la población española no tome demasiadas decisiones sanitarias. Un objetivo final de la educación sanitaria es que la población controle al sector sanitario en todas sus facetas y a todos los niveles. No se trata de adaptarse individualmente al medio sino de cambiarlo colectivamente. No sólo hay que criticar la Medicina científica y la gestión del sistema sanitario nacional, sino conseguir además que esos sistemas sean realmente científicos, es decir, que analicen las causas de la enfermedad y puedan prevenir a la población. La primera Facultad de Medicina del mundo, que se creó en el año 1140 (la llamada Escuela de Salerno), tenía un manual sanitario que empezaba así: «Servíos de tres médicos, primero el doctor tranquilidad, después el doctor alegría y, por último, el doctor dieta». Es posible que en el futuro se vuelva un poco a esos principios de la antigüedad.

En las democracias lo más importante es definir las necesidades y demandas de la población. Es la propia población quien las conoce mejor. Ese es el principio democrático. Pero parece que nadie conoce las necesidades verdaderas de la población. Hay poca investigación sobre pacientes dentro del sistema sanitario, y es seguramente el sector del que menos sabemos en la actualidad. En las sociedades contemporáneas el control sobre las personas se ejerce a nivel de un tratamiento individual, es decir, individualizando problemas como la vida, muerte, prisión, locura, estilo de vida, hospitalización. Eso es lo que Foucault denomina la micropolítica de la explotación, y que entendemos también como el proceso de alienación de los seres humanos. Aparte de la familia y la escuela, el sector sanitario es la institución más importante de control social dentro de la sociedad contemporánea. Sustituye a otras formas de opresión que antes eran más obvias como la religión, el derecho, o las cárceles. Termina definiendo lo que es vida saludable para todas las personas y obliga a los seres humanos a ajustarse a esas definiciones. Hay que tener en cuenta además que son definiciones

despolitizadas, individualistas, y egoístas. El sector sanitario aparece como benefactor, pero es parte de una presión política y social sutil que existe en la sociedad contemporánea. En el fondo es parte del peligro que existe de una tendencia totalitaria dentro de una sociedad postmoderna. Los problemas sociales que existen en la sociedad, que son cada vez más numerosos y marginales, se resumen en la incapacidad de las personas para resolver sus propios problemas; o mejor dicho, en la carencia de poder de esos/as individuos. Según el sector público los grupos marginados (y excluidos) necesitan una educación compensatoria, una sanidad especial, o una seguridad social adicional, en vez de solucionar el problema que generó la marginación de esas personas. La suma de enfermos/as más servicios sanitarios (públicos) no crea necesariamente más personas saludables.

El sector sanitario cumple funciones diversas. En primer lugar protege y legitima al sistema establecido, las relaciones de poder que existen, el orden social (definiendo, por ejemplo lo que es enfermedad mental y lo que son desviaciones), y apoya en general los procesos de industrialización y de urbanización que están en marcha. No hay nada más urbanizado que los propios recursos sanitarios. En segundo lugar institucionaliza insatisfacciones y problemas que se producen constantemente dentro de las sociedades avanzadas. En tercer lugar, se niega a analizar las verdaderas causas sociales y políticas que producen la enfermedad, o al menos la insatisfacción de las personas. Luego hay que analizar las causas de las causas. A la postre el sector sanitario supone la cara benevolente de una sociedad que es desigual, que está dividida en clases sociales, y que además permite la reproducción de la estructura social. Las personas pobres se mueren más que las personas ricas, y además mantienen un nivel de vida y de satisfacción mucho más limitado. El sector sanitario es responsable de muchas de esas desigualdades aunque no sea la causa de ellas y seguramente tampoco su solución.

Los problemas son legión. Se observa el doble papel de la sanidad: como benefactora y opresora dentro de la sociedad contemporánea.

¿Cuáles son los intereses que están detrás del sector sanitario actual y a quién benefician? ¿Cui bono? Los autores críticos sugieren que el sistema sanitario es una estrategia del sistema de poder del mundo contemporáneo, y que la salud es en el fondo una forma de poder. En la vida cotidiana la Medicina ofrece un control sobre las personas y al mismo tiempo permite que siga existiendo un poder mágico sobre la reproducción, el control de la natalidad, el sufrimiento individual, la enfermedad, el final de la vida, el estadio de moribundo/a, la muerte de los otros así como la propia muerte. Los recursos sanitarios mantienen una influencia pequeña sobre las epidemias, sobre la guerra, o sobre el nivel de salud de la población. Hasta cierto punto el sector sanitario crea más desigualdades, porque crea más necesidades que sirven luego de control social. El consumo sanitario que es infinito proporciona una idea de progreso. Pero en el fondo la atención de esas demandas crea más dependencia, puede generar adicción a las relaciones terapéuticas, y a la postre a la atención médica. La crisis proviene también de que el sector sanitario crece más rápido que la riqueza nacional y las desigualdades sanitarias no parecen decrecer. A la postre la medicina, la farmacia, y la sanidad es un negocio próspero.

El proceso de industrialización produce un sobreconsumo a todos los niveles; las personas son educadas para el consumo pero no para la acción. Se obtiene así un proceso radical de individualización de los problemas e incluso del consumo. Paradójicamente cuando avanza el poder de algunas asociaciones de consumidores o usuarios/as se termina produciendo a veces una mayor medicalización de los problemas, o al menos que la solución de esos problemas sea más cara. Uno de los últimos procesos que se han medicalizado es el de la vejez. Algunos expertos/as mantienen que la vejez es una enfermedad que debe ser curada; y que además debe ser tratada por médicos/as. Se prolonga la vida sin que se aumente necesariamente la calidad de esa vida. Se observa ya un fenómeno de medicalización de la prevención, chequeos, menopausia, e incluso de la salud pública. Se acepta que más vale prevenir que curar,

cuando la propia prevención se está comercializando, y es ya parte de un desarrollo industrial potente dentro del sector sanitario. El tema de la vejez es en importante debido a los cambios en la estructura de edades de la población y al proceso de envejecimiento de la sociedad. La medicalización coadyuva a un miedo a la muerte. Es cierto que se asiste a las personas que van a morir, pero fundamentalmente se las aísla, se las medicaliza, siendo en ocasiones la terapia peor que la enfermedad. El coste del último día (de vida de un/a paciente) aumenta de forma desorbitada; y al mismo tiempo la eficacia disminuye con el incremento de ese coste. A nivel hospitalario se sabe que a menudo cuanto más recursos se gastan en un enfermo/a más probable es que muera. Por supuesto la falacia es ecológica, pero ello no contradice el hecho del coste acelerado de las últimas acciones sanitarias que no tiene un efecto benéfico sobre la calidad de vida. Algunas personas defienden ya la recuperación del control personal de la muerte, del sufrimiento, y de la enfermedad como parte integral de la propia vida.

La crisis económica, o las causas que crearon la crisis económica, tienen un reflejo importante en el sector sanitario en parte negativo y en parte positivo. Es cierto que se está produciendo un deterioro de las relaciones humanas, con un creciente individualismo. Pero al mismo tiempo existen algunos efectos positivos como la recuperación del control sobre el propio cuerpo. En algunos temas se ha dado una evolución total: la masturbación que hasta hace poco era un aspecto de pecado individual, tabú y prohibido, en estos momentos se considera como un factor de salud de las personas, de reducción del estrés, y de propia autocomplacencia. Algunos de estos cambios se deben a un mayor individualismo, a una sociedad más competitiva, y también más consumidora y hedonista que la anterior.

Es posible que los ancianos/as lleguen en muchos países a ser el 25% de la población. Lo que más crece es la población mayor de 85 años. Esto es importante ya que cuatro de cada diez camas hospitalarias están ocupadas por ancianos/as que requieren más atención

de enfermería y menos de otros/as profesionales. En la actualidad hay una proporción mayor de personas de más edad dentro de la población y la esperanza de vida de la población es también mayor. Pero las personas no son necesariamente más sanas ni viven los últimos años con un nivel de salud más elevado. Cada vez hay más viejos/as en asilos y las tasas de enfermedad de ancianos/as no han cambiado excesivamente en los últimos años a pesar de los grandes recursos que se dedican. Lo que existe es una mayor concentración de pacientes crónicos en la sociedad. En los últimos cuarenta años se ha doblado el número de casos de cáncer en la sociedad española. Es cierto que ese crecimiento *per capita* se debe en parte a un cambio en el diagnóstico de las enfermedades. Pero la atención se centra en torno a esos procesos en parte porque las personas de más edad son cada vez más, y su voto representa una proporción mayor. Quizás por ese poder político estratégico muchas de las políticas sociales de los países desarrollados están cambiando, y se dirigen cada vez más claramente hacia el llamado poder gris. Paradójicamente lo que está más abandonado es la infancia y la juventud. Además la pobreza infantil aumenta.

Paro, salud, y guerra son problemas que preocupan a la población actual. En los tres aparece latente la ideología de que la población puede escoger su estilo de vida, lo que cada vez puede ser menos cierto. Pocas personas creen ya en que los seres individuales tengamos una influencia sobre la guerra, la posibilidad de encontrar trabajo, de cambiar de ocupación, o sobre el nivel de salud de la población. Los análisis del sector sanitario suelen realizarse desde la perspectiva de la población en general, sin distinguir varones y mujeres, o en el peor de los casos desde una perspectiva machista. El aislar en algunos casos la problemática femenina es importante dado que es parte de una construcción ideológica peculiar. Las mujeres suponen un 53% de la población pero son la mayoría del personal del sector sanitario, y lo mismo como consumidores/as de servicios sanitarios. En la universidad hay 130 mujeres por cada diez varones. Es cierto que las mujeres se hospitalizan más que los varones,

pero ello se debe a los procesos de reproducción que suponen hasta una quinta parte de los ingresos hospitalarios. Las trabajadoras sanitarias no poseen un poder adecuado dentro del sistema sanitario. Como consumidoras de salud las mujeres son trabajadoras no pagadas. Son las mujeres las que normalmente se ocupan de la dieta, alimentación de la familia, atención sanitaria, y remedios populares (lo que se denominan «los remedios de la abuela»). En otros países se observa un proceso de pauperización de las mujeres y de feminización de la pobreza, que es un factor adicional que hay que tener en cuenta para analizar ese problema. Junto a ello se produce una pauperización de la infancia, y a menudo de la juventud.

Los movimientos feministas realizan una crítica global de la sanidad a la vez que una crítica del modelo patriarcal de sociedad. Atacan los procesos de medicalización que se producen en relación con las mujeres y también con niños y niñas. La reproducción, el control de natalidad, parto, aborto, y, desde luego, los temas de menstruación y menopausia, se han medicalizado. Las mujeres son consideradas como seres volubles, siendo etiquetadas fácilmente de neuróticas y locas. Se potencia al mismo tiempo un consumo elevado de tranquilizantes entre la población femenina. Las mujeres mantienen además una relación desigual con la profesión médica (que históricamente ha estado en manos de varones, pero actualmente se ha feminizado). Hasta hace poco España tenía la tasa mínima de mujeres-médicas de todo el mundo; en la actualidad la proporción se ha elevado gracias a la masiva integración de mujeres en las Facultades de Medicina. Pero a niveles altos dentro de la pirámide ocupativa sanitaria las mujeres representan una minoría del personal, en cambio a niveles inferiores son prácticamente el cien por cien de los trabajadores del sector sanitario. Dentro del sector sanitario las mujeres, como consumidoras y trabajadoras, participan en una estructura que no controlan, en la que tienen un salario bajo (o ninguno en absoluto), carecen de poder, no pueden desarrollar una carrera, y les cuesta pasar de una pirámide ocupativa a otra. El problema principal es que las mujeres no suelen gestionar los recursos sanitarios,

ni son administradoras ni gerentes de las instituciones sanitarias. Pero la educación sanitaria es un fenómeno que está en manos de mujeres. Primero, porque las mujeres son responsables de la reproducción de los seres humanos; segundo, porque las mujeres viven más años. En la actualidad no hay una explicación fácil al hecho de que la mujer sea realmente el sexo fuerte. La esperanza de vida de la mujer es bastante superior al varón (siete años en España) y cada año crece más. Algunos estudios explican esa situación basándose en el hecho de que la mujer va más al médico/a, consume más medicinas, y está enferma más a menudo. Desde otra perspectiva, se supone que la mujer vive más años porque trabaja manualmente (con más frecuencia y durante más tiempo en su vida), porque la naturaleza le protege de una serie de problemas, y porque la mujer no desarrolla un estilo de vida arriesgado (no fuma tanto, no participa en tantos accidentes, conduce menos, bebe poco, no va a la guerra, y ni siquiera se suicida).

Uno de los debates más interesantes en los últimos años es el de la política reproductora, desde la concepción y el parto, hasta los temas del control de natalidad, la esterilidad, menstruación/menopausia y el aborto. Ha habido todo tipo de posturas, incluyendo la crítica al control de natalidad como solución fácil a la falta de desarrollo económico en el mundo. La polémica es especialmente crítica en torno al poder y al control que existe dentro de la familia sobre el sexo y sobre las relaciones de procreación. La conclusión feminista es que la mujer está reprimida por su cuerpo y a causa de su cuerpo; en la sociedad actual las mujeres son lo que son sus cuerpos. Pero se pueden observar ciertas contradicciones; por un lado, las mujeres desean un mayor control sobre sus propios cuerpos y, por otro, exigen una responsabilidad compartida con los varones en el cuidado de los niños/as. Existen grandes desigualdades por clase social en cualquiera de estos temas: las relaciones sexuales, la reproducción y el tener hijos/as no supone lo mismo en todas las clases sociales (ni en todas las edades). En una clase alta puede representar una recompensa agradable y en cambio en una

clase baja y pauperizada los hijos/as pueden ser una causa de despersonalización y de pobreza de los adultos (sobre todo de la madre). Los temas sanitarios, incluso desde una perspectiva feminista, no deben ser aislados de las diferencias de clase social que existen en la sociedad contemporánea. Se pueden realizar reformas en el tema de la reproducción sin ganar en poder real dentro de la sociedad. Es incluso posible que en los próximos años —y debido en parte a la crisis económica— los movimientos feministas retrocedan en poder. Sí está de moda el tema de violencia de género, o violencia doméstica. El acceso de las mujeres a los sistemas de control de natalidad (incluyendo el aborto) proporciona un nivel de poder a las mujeres. Es por lo que el control de natalidad termina siendo considerado como una necesidad fundamental de la mujer. Sin embargo, algunas de las campañas sobre el aborto y el control de natalidad estereotipan la propia realidad social; el feto se ha convertido en un niño, el aborto en un mal (menor) y la mujer que aborta en una madre irresponsable (aunque nunca haya sido madre). Algunos consideran que el sexo únicamente como placer es malo y que las mujeres que se dedican al placer lo terminan pagando caro. Se necesita pues una mejor educación sobre el placer y sobre el uso del propio cuerpo. Es la sociedad quien tiene la responsabilidad colectiva del bienestar y del futuro de los niños/as. Existen esfuerzos para que las dos perspectivas, feminista y crítica, se complementen y unan en una teoría global.

Un tema importante dentro de las relaciones entre sanidad y sociedad es la pobreza. Los informes sobre desigualdades sociales y sanitarias sugieren que las clases bajas mueren más que las clases altas, y hasta varias veces más en algunos casos concretos (como las tasas de mortalidad infantil de ciertos grupos sociales). La crisis económica recrudece los problemas de pobreza, y sobre todo la existencia de la pobreza como un círculo vicioso dentro de la sanidad. En muchos países tanto las desigualdades sociales como la pobreza están aumentando. Las clases bajas se están marginando, incluso sanitariamente; son cada vez más pobres y más enfermas en relación con el resto

de la sociedad. Las diferencias máximas se observan entre las clases muy bajas y el resto de la sociedad y cómo las diferencias son cada vez más importantes; también demuestra que las desigualdades mayores se encuentran en la prevención, y en factores que no están asociados con una muerte inmediata como el estado de los dientes o la enfermedad mental. La falta de ingresos no explica enteramente la cultura de la pobreza, que a su vez está relacionada con temas sanitarios. Las personas pobres van poco al médico/a, consideran que la salud no es un valor importante, se despreocupan de la higiene, no racionalizan las posibilidades de riesgo de enfermedad y por lo tanto no participan de las teorías de la prevención de la enfermedad, no anticipan las necesidades o los recursos sanitarios que necesitan, tampoco buscan un diagnóstico en el caso de que existan síntomas, y acceden a los recursos sanitarios tarde y sólo cuando los síntomas son ya evidentes. Además se basan fundamentalmente en la ayuda familiar y de los vecinos/as, y no tanto de profesionales sanitarios. ¡Pero nada de esto es su culpa! )El problema de pobreza/enfermedad es complejo porque es múltiple. El entorno social es difícil de cambiar, sobre todo cuando cristalizan varios factores como son: pobreza, vejez, ser mujer, o niño/a. Es un problema también de desviación social en el que suele existir una cultura diferente: drogadicta, alienante, discriminada por casi toda la sociedad, con una carencia de poder y de autonomía. No es un problema que se solucione con más recursos o más tecnologías. La mayor parte de los recursos sanitarios no llega nunca a los/as pacientes, se dedica a pagar sueldos, y como mucho a procesos de curación y no de prevención (donde las diferencias son máximas). Los recursos sirven para pagar al personal sanitario, a las compañías del sector sanitario, y cada vez más a las multinacionales.

Los planificadores/as sanitarios fallaron al creer que la necesidad de asistencia sanitaria era finita. Lo que se ha producido es una crisis del Estado de Bienestar (*Welfare State*) en el sentido de que el sector público ya no puede garantizar todos los servicios sanitarios a todos los ciudadanos/as (menos aún a toda la población). Se

produce así la polémica de la igualdad de acceso. El sistema cambia de un modelo de expansión a un modelo de reorganización. Ya no se trata de incrementar el acceso de la población al sector sanitario sino de disminuir el coste sanitario. Hay que tener en cuenta que en España la expansión se produjo gracias al carácter obligatorio del seguro estatal (del SOE al INSALUD). A los españoles/as se les ha obligado a pagar a los médicos/as y a los hospitales incluso antes de utilizarlos. El sistema de expansión trataba de llegar a cubrir a toda la población. Eso se consiguió aumentando los servicios (con más atención primaria de salud y más hospitales) y construyendo y modernizando hospitales. El porcentaje de producto interior bruto dedicado a sanidad se dobló rápidamente. El incremento del coste se debía fundamentalmente a la expansión de los servicios concertados de hospitales y al coste de la industria farmacéutica. Se implanta luego un control de recursos, tanto a nivel de demanda, como de oferta y distribución. La reforma se centra no en la planificación del aumento de los servicios sanitarios sino en la planificación del control de esos servicios. Como el incremento del costo no es fácil de reducir (dado que depende de factores externos) se termina reduciendo el acceso de la población a diversos servicios. Se habla ahora, insistentemente, del copago como forma de financiar el sistema sanitario público: los/as pacientes pagan una parte de los servicios que reciben. Se planea un copago reducido, que más que aumentar los recursos públicos (en base a pagos de las familias) tenga un carácter disuasorio, con lo que eso tiene de generador de más desigualdades sociales.

Todo parece indicar que se va hacia el desarrollo de un sector sanitario con nuevos/as profesionales, y con grupos de intereses y de poder distintos de los anteriores. El sector público va a tratar de controlar el coste, y al mismo tiempo reorganizar el sistema público (y si es posible también el privado). El incremento del control puede suponer un incremento del coste para los/as pacientes, hacer las listas de espera más largas, o quizás la reducción de ciertos programas o atenciones. No necesariamente se va a producir una

participación popular mayor sino quizás más burocracia. La prevención se defiende como un sistema para controlar (e incluso reducir) el gasto. Aparecen así las cruzadas morales contra el tabaco, alcohol, obesidad, sida, aborto (y a favor de la planificación familiar). Todas ellas mantienen un alto contenido simbólico, planteando un dilema permanente entre la acción política por un lado y las conductas individuales por el otro. Se trata de traspasar la responsabilidad a la persona, a la familia, sobre todo a las madres, y a los sistemas de servicios sociales. En la actualidad coexisten diversas tendencias. Por un lado se mantiene una crítica permanente a la autonomía tradicional de la profesión médica, apareciendo al mismo tiempo formas alternativas de práctica médica: mayor asalarización, trabajo en grupo, centros de salud de tipo comunitario. Las alternativas a la Medicina son cada vez más legítimas, tanto de la comunidad como a nivel de prevención, organización integral de los servicios sanitarios, epidemiología y las diversas alternativas pseudo-científicas al sistema sanitario y médico. Se observa una tendencia a polemizar sobre los dilemas éticos de la vida y a su planteamiento en la arena pública a través de los medios de comunicación.

El futuro de la sanidad puede ser distinto de su pasado inmediato. Ya no vamos a ser testigos de grandes reformas ni de polémicas ideológicas sobre el modelo de sanidad. Quizás se van a producir reformas de tipo administrativo y organizativo, con una tasa de crecimiento lenta dentro del sector sanitario. Pero en cualquier caso la salud va a ser un buen negocio (un negocio que a veces no cambia la salud de las personas). Por vez primera el sector sanitario —incluso a niveles centrales de atención médica y clínica— es un área para invertir dinero, privatizar y obtener beneficios. Tanto en el sector privado como en el público se va a popularizar la idea de una gestión profesional, creándose una nueva clase de gestores y administradores. Ese estrato ocupacional alto practica la idea de la eficacia y la racionalidad, la maximización del coste/beneficio, y defiende los intereses de la industria. Es posible que en un futuro la salud se convierta en un modelo de dos clases (sociales): un sistema de

atención médica sofisticada y tecnológica para las clases altas; y una atención sanitaria primaria, difusa y diversificada para las clases bajas. Se van a aplicar muchas políticas sanitarias cuyo objetivo son las clases bajas y pobres, pero que terminarán beneficiando fundamentalmente a las clases medias. Pero la experiencia enseña que el sector sanitario es resistente al cambio y que se transforma lentamente. Muchos de los problemas que ahora observamos en el sector sanitario español dependen de una estructura del sector sanitario (y de la sociedad) que tiene ya varias centurias. El cambio más positivo de esta lenta evolución es que por vez primera la población (y sus necesidades) ha pasado a ser uno de los protagonistas del sistema sanitario. Es posible que ese hecho —minúsculo por ahora— cambie todo el futuro de la práctica de la Medicina, superando la polémica entre salud y sanidad. Es también el reconocimiento de que la enfermedad *no* es una metáfora, sino una realidad pura y dura. Lo difícil es predecir el futuro.



## 9

### PRODUCIR LA SALUD, CONSUMIR LA ATENCIÓN SANITARIA\*

R.G. Evans  
G.L. Stoddart

A las personas les importa la salud, y con razón; procuran mantenerla, mejorarla, o adaptarse a su deterioro, de muchas maneras. Bien como individuos, o bien como grupos a varios niveles —familias, asociaciones, grupos del trabajo, comunidades, y naciones— participan en una gama amplia de actividades, creyendo que aportarán algo a la salud. Las personas también intentan evitar las actividades y circunstancias que perciben como perjudiciales. Este comportamiento lleva implícita unas teorías, o más bien hipótesis causales indirectamente vinculadas, y muchas veces inconsistentes, sobre los determinantes de la salud.

En particular, las sociedades modernas dedican una proporción muy grande de sus recursos económicos a la producción y distribución de la asistencia sanitaria, un conjunto particular de bienes y servicios que se perciben como especialmente relacionados con la salud. En todos los estados modernos, la industria sanitaria, que

---

\* Republicado con permiso de *Social Science and Medicine*, vol. 31, n.º 12, pp. 1347-63. Copyright 1990 Elsevier Scientific Ltd, Pergamon Press.

Traducción de Katherine Elliott.

reúne estos recursos y los convierte en varios bienes y servicios relacionados con la salud, es entre los grupos de actividad económica más grandes.<sup>1,2</sup> Tales esfuerzos masivos reflejan una creencia general que la disponibilidad y el uso de la atención sanitaria es fundamental para la salud de los individuos y las poblaciones.

Es por esta concentración de esfuerzo económico que las políticas de la salud públicas y colectivas se han dejado dominar por las políticas de la asistencia sanitaria. La provisión de la atención sanitaria no solo lleva la mayor parte de los recursos físicos e intelectuales identificados como relacionados con la salud, sino que también asume protagonismo cuando la comunidad considera cómo abordar el tema de la salud.

La asistencia sanitaria, por su parte, es intrínsecamente muy reactiva, respondiendo a percibidas desviaciones de la salud, e identificando tales desviaciones en términos de conceptos y categorías clínicos: enfermedades, como los profesionales las definen. La definición de la salud que es implícita en la gran parte del comportamiento del sistema sanitario (el conjunto de personas e instituciones que participan en la provisión de la atención sanitaria), es un concepto negativo: la ausencia de enfermedad. Por lo tanto el sistema muchas veces se tacha de «sistema de atención a las enfermedades». Son los críticos los que suelen poner esta etiqueta, pero desvalorar la aportación de la atención a las enfermedades no tiene justificación.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) rechazó específicamente esta definición de la salud hace más de 40 años. Su declaración clásica, «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad,» expresa

---

<sup>1</sup> Schieber, G.J. and Poullier, J. «Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures». *Health Care Financing Review* (Annual Supplement). 1989: 1-7.

<sup>2</sup> OECD Secretariat. «Health Care Expenditure and Other data: an International Compendium from the Organization for Economic Cooperation and Development». *Health Care Financing Review* (Annual Supplement). 1989: 111-94.

una percepción general que la salud es mucho más que una colección de negativos, es decir, de no padecer ninguna enfermedad designada.

Un concepto tan comprensivo de la salud, sin embargo, corre el riesgo de convertirse en el objetivo de *toda* la actividad humana (y sin duda se ve afectada por toda ella). No hay lugar para un ámbito separado de actividades específicamente dirigidas a la salud. Es bien difícil usar la definición de la OMS como base para la política sanitaria, porque implícitamente incluye *toda* la política en la política sanitaria. Por eso ha recibido muchos elogios, pero se ha aplicado muy poco a la práctica.

Además, parece que la declaración de la OMS ofrece solo dos alternativas polares para definir la salud, mientras el uso común de la palabra indica un continuo de significados. En un extremo del continuo existe el bienestar en su sentido más amplio, la definición inclusiva de la OMS, un ideal casi platónico del Bien. En el otro extremo, la mera ausencia de circunstancias biológicas negativas: la enfermedad, el dolor, la discapacidad o la muerte.

Pero las circunstancias biológicas que las disciplinas de la atención sanitaria clasifican e identifican como «enfermedades» también la experimentan los individuos, y sus familias o grupos sociales, como un estado de malestar y síntomas angustiosos. La relación entre el concepto médico de una enfermedad y el estado de malestar personal es muy poco exacta. Entonces el concepto de la salud que tienen los pacientes —el de la ausencia de este malestar— no tiene por qué encajar con la ausencia de enfermedad a la que se refieren los clínicos. Además, la percepción de malestar influirá en la capacidad funcional del paciente sin determinarla del todo, y esta capacidad será una parte, pero no la totalidad, del bienestar general.

En tal continuo no se demarcan claramente los límites entre los varios conceptos de la salud, pero tampoco impide que los reconozcamos nosotros. Los conceptos distintos no son ni acertados ni equivocados, solo tienen distintos propósitos y campos de aplicación. Con cualquier *definición* de la salud que empleamos, sin embargo,

es preciso distinguir entre la definición y los *determinantes* de (esta definición de) la salud.<sup>3</sup>

Aquí también hay una gama amplia de candidatos, incluyendo los servicios sanitarios dirigidos a individuos, el perfil genético de los individuos, las condiciones medioambientales, la idoneidad y calidad de la alimentación y el alojamiento, el estrés y apoyo del ambiente social, la autoestima y la sensación de tener control de la vida. Según tanto los conocimientos tradicionales como la considerable investigación reciente, parece que los factores que afectan la salud (en todas las definiciones) incluyen la atención sanitaria, pero no se limitan a ella.<sup>4, 5, 6, 7, 8, 9</sup>

Igual que el mismo sistema sanitario, los intentos de avanzar nuestro entendimiento de esta gama de determinantes a través de la investigación, como el mismo sistema sanitario, suelen enfocarse en el concepto más limitado de la salud: la ausencia de enfermedad. Este concepto tiene una ventaja considerable, que se puede representar por fenómenos cuantificables y medibles: la muerte o la supervivencia, la incidencia o prevalencia de particulares condiciones patológicas. De hecho, la influencia de muchos determinantes, dentro y más allá del sistema sanitario, se han observado en estas medidas más básicas: las negativas.

---

<sup>3</sup> Marmor, T.R. «Healthy Public Policy: What Does That Mean, Who Is Responsible for It, and How Would One Pursue It?» Internal Document #6A, Program in Population Health, Canadian Institute for Advanced Research, Toronto. August 1989.

<sup>4</sup> Dutton, D.B. «Social Class and Health». In Aitken, L.H. and Mechanic, D., eds. *Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. 1986: 31-33.

<sup>5</sup> Levine, S. and Lilienfeld, A. *Epidemiology and Health Policy*. London: Tavistock; 1987.

<sup>6</sup> Marmot, M.G. «Social Inequalities in Mortality: The Social Environment». In Wilkinson, R.G., ed. *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. London: Tavistock; 1986: 21-33

<sup>7</sup> McKeown, T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Basil Blackwell, 1979.

<sup>8</sup> McKinlay, J.; McKinlay, S. and Beaglehole, R. «A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States». *International Journal of Health Services* 1989 19(2): 181-208.

<sup>9</sup> Black, D.; Morris, J. and Smith, N., Townsend P. *Inequalities in Health: The Black Report*. Middlesex: Penguin; 1982.

Ganar precisión conlleva un coste. Las definiciones limitadas excluyen las dimensiones menos específicas de la salud que muchas personas juzgarían importante a una evaluación de sus propias circunstancias, o de las de sus colegas. Por otro lado, parece por lo menos plausible que los determinantes de la salud cuyos efectos se ven reflejados en la «mera ausencia de enfermedad,» o la sobrevivencia sencilla, son relevantes también a las definiciones más comprensivas de la salud.

El actual resurgimiento de interés en los determinantes de la salud, así como en su conceptualización más amplia, representa una vuelta a una tradición histórica tan antigua como la propia medicina. El dialogo entre Asclepios, el dios de la medicina, y Hygenia, la diosa de la salud, o sea entre las intervenciones externas y la vida bien vivida, data de los viejos tiempos. Igual que en casi todos los campos, los modos «científicos» de investigación en la medicina solo triunfaron en el siglo 20, eclipsando a los de Hygenia. El conocimiento se definió cada vez más en términos de los resultados de los métodos reduccionistas de investigación, aplicados en la mayor medida posible dentro del marco de referencia «Newtoniano.»<sup>10</sup>

El sistema sanitario se ha convertido en el vehículo para llevar este conocimiento a la práctica y producir mejoras de salud: más intervenciones, e intervenciones más potentes, guiadas por una ciencia cada vez mejor. Lo que ha logrado tampoco ha sido insignificante. La medicina sí ha mejorado nuestra capacidad de evitar unas enfermedades, de curar otras, y de aliviar los síntomas o impedir el progreso de otras. A mediados del siglo XX los proveedores de asistencia sanitaria habían ganado un dominio institucional extraordinaria y una dominancia intelectual aún más potente, definiendo tanto qué era la salud como cuáles eran las vías apropiadas por las que buscarla. La Organización Mundial de Salud era una voz solitaria.

---

<sup>10</sup> Reiser, S. *Medicine and the Reign of Technology*. New York: Cambridge University Press; 1978.

Pero las corrientes intelectuales ya han cambiado. Ha surgido una inquietud creciente por la autoridad exclusiva de los métodos clásicamente «científicos,» para definir lo que se puede saber y cómo se llega a saberlo,<sup>11, 12</sup> una inquietud que se ha fortalecido con los avances en la física subatómica, y últimamente, los de la inteligencia artificial y las matemáticas. Además, la aplicación de estos mismos métodos a la exploración de los determinantes de la salud está generando evidencias crecientes —en el sentido científico más limitado posible— del papel importante de los factores contribuyentes que no forman parte del sistema sanitario.<sup>13, 14, 15, 16, 17</sup>

A la vez, la evaluación más rigurosa del sistema sanitario ha demostrado que las prácticas que usa están mucho menos fuertemente vinculadas al conocimiento científico (o de cualquier otro tipo) que lo que sugiere la retórica oficial.<sup>18, 19, 20, 21</sup> Y por último, el mismo éxito del sistema en ocupar el centro del escenario intelectual y político,

---

<sup>11</sup> McCloskey, D. «Why I Am NO Longer a Positivist». *Review of Social Economy* 47(3, Fall 1989): 225-38.

<sup>12</sup> Dreyfus, H. and Dreyfus, S. «Making a Mind Versus Modelling the Brain: Artificial Intelligence Back at a Branchpoint». *Daedalus* 117 (1, Winter 1988): 15-43.

<sup>13</sup> House, J.; Landis, K. and Umberson, D. «Social Relationships and Health». *Science* 241 (July 29 1988): 540-45.

<sup>14</sup> Dantzer, R. and Kelley, K. «Stress and Immunity: And Integrated View of Relationships between the Brain and the Immune System». *Life Sciences*. 1989; 44: 1995-2008.

<sup>15</sup> Bunker, J.; Gomby, D. and Kehrer, B. *Pathways to Health: The Role of Social Factors*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 1989.

<sup>16</sup> Renaud, M. «De l'épidemiologie sociale à la sociologie de la prevention: 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie». *Revue d'Epidemiologie et Santé Publique*. 1987; 35: 3-19.

<sup>17</sup> Sapolsky, R. «Stress in the Wild». *Scientific American*. 1990; 262(1): 116-23.

<sup>18</sup> Banta, H.; Behney, C. and Willems, J. *Toward Rational Technology in Medicine: Considerations for Health Policy*. New York: Springer; 1981.

<sup>19</sup> Eisenberg, J. *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1986.

<sup>20</sup> Feeny, D.; Guyatt, G. and Tugwell, P. *Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency and Public Policy*. Montreal: Institute for Research on Public Policy; 1986.

<sup>21</sup> Lomas, J. «Promoting Clinical Policy Change: Using the Art to Promote the Science in Medicine». In Andersen T. Mooney G eds. *The Challenge of Medical Practice Variations*. London: Macmillan; 1990: 174-91.

y en atraer recursos, se ha desarrollado a base de unas aumentadas expectativas sociales de sus aportaciones potenciales. Cierta grado de decepción o desilusión es inevitable, con preocupaciones correspondientes sobre cómo justificar de la escala del esfuerzo aportado.

Por lo tanto hay una brecha cada vez más grande entre nuestro entendimiento de los determinantes de la salud y el enfoque principal de política sanitaria, la atención sanitaria. Es posible que la creciente disyunción se deba a la persistencia de modelos marcos de referencia incompletos y obsoletos para conceptualizar los determinantes de la salud en la arena política. La manera de enmarcar un problema determina cuáles evidencias tienen peso y cuáles se descartan. Datos completamente válidos—observaciones objetivas que están vinculadas directamente a cuestiones importantes—dejan de considerarse cuando el modelo implícito de entidades y relaciones no proporciona categoría en la que situarlas.

Para poner un ejemplo, existen evidencias considerables para vincular la mortalidad y la (in)disponibilidad de mecanismos de apoyo social, evidencias que, según afirmó un estudio en 1988, son tan convincentes como las que indicaron en los años 50 los efectos adversos del tabaquismo.<sup>22</sup> La jubilación y la muerte de la pareja han sido documentadas como factores importantes. Asimismo, o un correlato de o bien una combinación de la clase social, el nivel de ingresos o educación, y la posición dentro de la jerarquía social está asociado de forma clara con la mortalidad.<sup>23,24</sup> Aunque los legisladores no lo nieguen, tampoco lo toman en cuenta a la hora de formular políticas sanitarias.

Sin embargo, estas políticas son altamente susceptibles a hasta la posibilidad de que un medicamento, dispositivo, o técnica diagnóstica o terapéutica pudiera aportar algo a la salud. Que la falta de una intervención de este tipo puede suponer un riesgo a la salud

---

<sup>22</sup> House, *et al.*

<sup>23</sup> Marmor.

<sup>24</sup> Dutton.

de una persona es un motivo *prima facie* para recibir atención política, y forma, como mínimo, un argumento fuerte a favor de su provisión. Mientras tanto, el hecho importante de que haya gente sufriendo, e incluso muriéndose, como consecuencia de procesos que no están vinculados a la atención sanitaria, no provoca ni refutación ni respuesta.

La explicación no puede ser que haya evidencia superior de la efectividad, ni mucho menos el coste-efectividad, de las intervenciones de atención sanitaria. Es bien conocido que nuevas intervenciones se lanzan y se difunden en la ausencia de la evidencia.<sup>25, 26, 27</sup> Si (unos) clínicos creen que es posible que una técnica sea beneficiosa en ciertas condiciones, es probable que su uso se adopte. La creciente preocupación por la «evaluación de la tecnología» antes de la difusión de la misma es una respuesta a este patrón bien establecido. Pero los que quisieran restringir algo, por ser posiblemente ineficaz o incluso perjudicial, se encuentran agobiados por la carga de la prueba. Si la evidencia es incompleta o ambigua, el sesgo favorece la intervención (según las limitaciones financieras).

Este sesgo se reafirma cuando las relaciones causales entre la enfermedad, la atención médica y la cura se expresan a través de un sencillo modelo mecánico. La máquina (la persona) tiene el daño o se estropea, y el mecánico (el médico) repara (o tal vez reemplaza) la parte estropeada. Aunque quizás esta imagen sea demasiado simplificada, es fácil tenerla presente.

Por otro lado, no es nada obvio cómo debemos pensar en las conexiones causales entre «el estrés» o «la falta de autoestima» y la enfermedad y la muerte, y las políticas adecuadas para abordarlos resultan menos obvias aún. Donde existen múltiples posibilidades de causalidad el modelo es aún más difícil de imaginar. El tema tiene cierto aire de misterio, con unos dejes de ocultismo, a diferencia del

---

<sup>25</sup> Banta, *et al.*

<sup>26</sup> Eisenberg.

<sup>27</sup> Feeny, *et al.*

(evidentemente) transparente y científico proceso de la atención sanitaria. Como no existen categorías intelectuales para ordenar los datos relacionados, no se tienen en cuenta.

Proponemos un marco algo más complejo, lo cual creemos suficientemente completo y flexible para representar una gama más amplia de relaciones entre los determinantes de la salud. La prueba de este marco es su capacidad para proporcionar categorías coherentes en las que ordenar los varios tipos de evidencias que actualmente están surgiendo sobre los diversos determinantes de la salud, así como para permitir una definición de la salud que englobe todas las dimensiones que los participantes en el sistema sanitario—los proveedores de la atención, los decisores, y en especial las personas ordinarias—consideran importantes.

No procuramos presentar un resumen global de la evidencia actual sobre los determinantes de la salud. Más bien proponemos un marco analítico dentro del que las evidencias se pueden organizar, y que destaca las maneras en las que los factores distintos interactúan e influyen en las diferentes conceptualizaciones de la salud. Un precedente es *Una perspectiva nueva sobre la salud de los canadienses*, el libro blanco que el gobierno canadiense publicó en 1974, que también presenta muy poca evidencia sobre los determinantes de la salud, pero proporciona un marco intelectual robusto y persuasivo en la que ordenar la evidencia que surge.<sup>28</sup>

El libro blanco solo ofreció unas indicaciones muy superficiales de las consecuencias posibles de esta evidencia; las implicaciones políticas surgirán de la propia evidencia y no del marco en sí. Para ser útil, el marco tiene que presentar las evidencias de tal manera que sus implicaciones sean más obvias. Pero es obvio que la política no se limita a la evidencia: «el arte de lo posible» incluye sobre todo las percepciones de quiénes son los agentes claves y cuáles son sus objetivos.

---

<sup>28</sup> Canada *A New Perspective on the Health of Canadians* (Lalonde Report). Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.

Por último, hay que resaltar que los componentes del marco son las propias categorías, cada uno con una estructura interna muy detallada. Hay que tener cuidado para no tratar estas categorías como si una sola variable homogénea las pudiera representar (o sustituirla en una fórmula matemática o estadística.) Los variables pueden captar un aspecto en particular de una categoría, pero no igualan las categorías en sí. Además, en los contextos específicos, pueden ser las interacciones entre los factores de categorías distintas de determinantes, y su coordinación, las que son críticos para la salud de los individuos y las poblaciones.

I.  
ENFERMEDADES Y ATENCIÓN SANITARIA:  
UNA BASE (DEMASIADO) SENCILLA

Desarrollamos nuestro marco componente por componente, incorporando la complejidad paulatinamente, tanto como respuesta a las deficiencias de la etapa anterior como para corresponder con (nuestra interpretación de) la evolución histórica de la política sanitaria en los últimos 50 años. La primera etapa (que es la más sencilla) define la salud como la ausencia de enfermedad o daño y considera central la relación entre la salud y la atención sanitaria, el primero siendo representado en términos de la categorías y las capacidades del último. Esta relación se representa en un sencillo modelo de re-foalimentación, igual que un sistema de calefacción controlado por termostato.

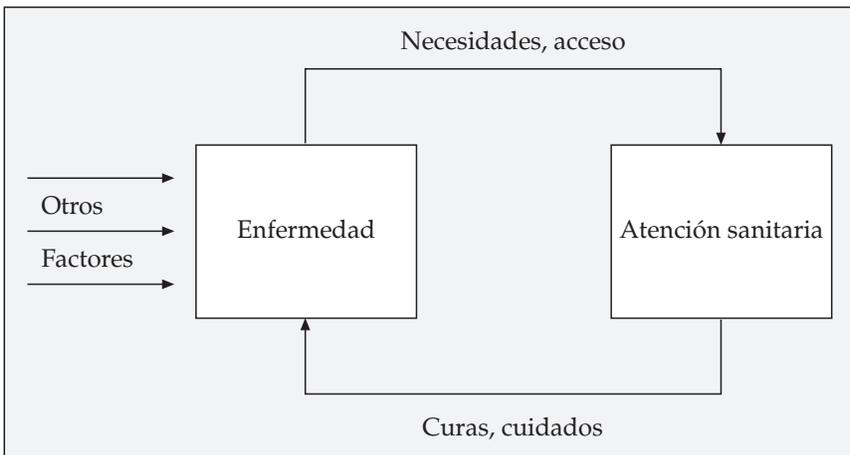
En este marco, las personas «se enferman» o «se hacen daño» por muchas razones no especificadas, representadas por las flechas que entran por el lado izquierda. Luego pueden responder acudiendo al sistema sanitario, donde las enfermedades y lesiones resultantes se definen y se interpretan como «demanda» para tipos específicos de atención sanitaria. Este papel interpretativo es fundamental, porque definir la necesidad o demanda depende de la tecnología

médica. Las enfermedades para las que (se cree que) no existen tratamientos útiles son lamentables y preocupantes, pero no representan una necesidad de atención. El paciente es el que sufre, pero es el sistema sanitario quien define la necesidad.

Las potenciales necesidades de atención sanitaria, sin embargo, se pre-filtran antes de llegar al sistema de atención sanitaria, un proceso importante que no se ve reflejado ni en la Figura 1 ni en la mayor parte de la política sanitaria. Si al final las personas responden a las circunstancias malas contactando el sistema sanitario o no, el querer acceder como «paciente» dependerá de las percepciones que uno tiene de la gravedad de su enfermedad y sus expectativas del sistema formal, en relación con sus propias capacidades de hacer frente al problema y los sistemas informales de apoyo que tiene. Estas expectativas y reacciones están incluidas en los «otros factores» que determinan el conjunto de condiciones al que responde el sistema sanitario.

FIGURA 1

MODELO SENCILLO DE LA RELACIÓN ENTRE LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA



El sistema sanitario combina las funciones de termóstato y caldera: interpreta su entorno, determina la respuesta adecuada, y responde. El nivel de la repuesta se determina por el «acceso» a la atención sanitaria que la sociedad ha proporcionado a sus miembros. Este acceso depende de la combinación de recursos físicos y humanos disponibles —médicos, enfermeras, hospitales, equipo diagnóstico, fármacos, etc.— así como de los sistemas administrativos y financieros que determinan quién recibe los servicios y bajo qué condiciones.

La flecha superior en Figura 1 representa la respuesta positiva del sistema sanitario a las enfermedades: proporcionar la asistencia sanitaria. Pero dos factores afectan la forma y la escala de la respuesta: la definición profesional de las necesidades—qué se debe hacer para personas en ciertas circunstancias, que padece ciertas enfermedades— y el conjunto de instituciones que movilizan los recursos dentro de una sociedad para responder a las necesidades y garantizar el acceso a la atención.

Los que organizan y financian las instituciones utilizan estructuras que varían mucho de una sociedad a otra, pero las tareas que llevan a cabo son muy parecidas, así como los problemas y conflictos que enfrentan. Las tecnologías actuales, y las funciones institucionales y profesionales, en la atención sanitaria, también se parecen mucho en todas las sociedades modernas, indicando que estas sociedades comparten un marco intelectual para pensar en la relación entre la salud y la atención sanitaria.

El ciclo de «retroalimentación» termina en la flecha inferior, reflejando la suposición que la provisión de atención sanitaria disminuye el nivel de enfermedades, y así mejora la salud. La fuerza de la relación negativa representa la efectividad de las intervenciones. Los efectos abarcan la recuperación y el mantenimiento de la salud (las «curas»); la prevención de deterioro; el alivio de los síntomas, en especial el dolor; proporcionar ayuda para hacer frente a lo inevitable, y proporcionar consuelo.

El papel importante del sistema sanitario en proporcionar consuelo a los pacientes cabe ambigualmente en este marco, ya que se

pueden identificar claramente muchos servicios que hacen sentirse bien a las personas sin tener influencia presente ni futura en su salud, y éstos no se suelen considerar parte de la atención sanitaria.<sup>29</sup>

Es obvio que los servicios que sí se reconocen como parte de la atención sanitaria deben realizarse dentro de un contexto de consideración para la comodidad de los pacientes. Causar incomodidad innecesaria no tiene excusa, y los pacientes no deben sufrir más de lo necesario. Pero para los servicios que solo proporcionan comodidad, es importante plantear dos preguntas: 1) ¿Por qué tiene que ser profesionalizado (privilegiando los proveedores «oficiales» con el derecho de servir) y 2) ¿Por qué premiar a los clientes del sistema sanitario con acceso privilegiado a estos servicios? Existen muchas personas que no están del todo enfermas, y sin embargo se benefician de un servicio de comodidad a costa de todos.

En este marco conceptual, el nivel de salud de la población es el negativo o el inverso de la carga de la enfermedad. En la figura 1, la carga de la enfermedad es análoga a la temperatura del aire de una casa (en el modelo de un sistema de calefacción). El sistema sanitario diagnostica la enfermedad y responde tratándola; el termostato detecta una bajada de temperatura y enciende la calefacción. Los factores externos—patógenos, accidentes—que «causan» las enfermedades son análogos a la temperatura que hace fuera de la casa; una noche muy fría es análoga a una epidemia. Pero las consecuencias de estos eventos externos se moderan por la calefacción (el sistema sanitario).

Lógicamente, el termostato puede estar a muchas temperaturas distintas, y el sistema de control de la caldera puede ser más o menos sofisticado en función del grado y la duración de las desviaciones de temperatura permisibles. Asimismo, acceso a la atención sanitaria puede estar disponible a distintos niveles, para responder a distintas «necesidades» y con un grado variable de ajuste.

---

<sup>29</sup> Evans, R. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto: Butterworths; 1984.

Los sistemas sanitarios pueden ser muy diferentes, así como la temperatura de la casa se puede aumentar casi sin límite si se pone más combustible en la caldera (o si se pone más calderas). En principio, el crecimiento del sistema sanitario se limite por la carga de las enfermedades tratables. Cuando cada individuo ha recibido toda la atención sanitaria que le podría beneficiar, todas las necesidades se han cubierto, y se ha conseguido la salud en el sentido limitado de la ausencia de enfermedad (tratable) o dolencia. Así que la salud tiene un límite máximo; la temperatura, no. Los ocupantes de la casa lógicamente no quieren que la temperatura suba sin parar; una temperatura demasiado alta es igual de mala que una demasiado baja. Pero la frase «demasiado sano» no tiene un significado claro. En cuanto a la salud, más siempre es mejor, hasta llegar al ideal de la salud perfecta (o por lo menos lo mejor que se puede alcanzar).

Sin embargo, las diferencias son más aparentes que reales, ya que en la práctica las necesidades médicas, como éstas se definen por los profesionales, se ajustan a la capacidad del sistema sanitario, y las demandas a las que el sistema se somete. El objetivo de la salud, el espejismo de René Dubos,<sup>30</sup> se retira a medida que se dedican más recursos a la atención sanitaria. Nuevas enfermedades se definen según las antiguas desaparecen. Siempre hay «necesidades sin cubrir».

Además, aunque uno no puede estar demasiado sano, la frase «demasiada atención sanitaria» sí tiene un significado claro, en por lo menos tres sentidos. En primer lugar, un exceso de atención sanitaria puede perjudicar la salud—la iatrogenia—porque las intervenciones potentes siempre conllevan el riesgo de hacer daño. Pero incluso si la intervención beneficia la salud—manteniendo vivo al paciente, por ejemplo—puede ser excesiva. Intervenciones dolorosas que no prolongan la vida sino el proceso de morir se generalmente se reconocen como perjudiciales a los pacientes que tienen que someterse a ellas. Los efectos secundarios de una terapia «exitosa»

---

<sup>30</sup> Dubos, R. *Mirage of Health*. New York: Harper and Row; 1959.

pueden llegar a ser peores que la propia enfermedad en algunos casos.

En segundo lugar, aunque la intervención sea beneficiosa en términos de la salud y el bienestar del pacientes, puede ser excesiva si los beneficios son pequeños relativos a los costes, y las oportunidades que su consumo obliga a los demás pacientes a renunciar. Si la salud es un objetivo importante, pero no el único objetivo en la vida de una persona es posible que haya un exceso de atención sanitaria (aunque sea efectiva.)<sup>31</sup>

Y por último, la percepción que tiene el propio individuo de su estado de salud es un componente importante de la salud. Una sensación exagerada de fragilidad no es salud sino hipocondría. Poner demasiado énfasis en la cantidad de cosas que podrían salir mal, aunque se presente bajo el lema de «promoción de salud,» puede resultar en una ansiedad excesiva y una sensación de depender de la atención sanitaria—pasar de la revisión anual a una monitorización continua. Esto trae muchos beneficios económicos a la «industria sanitaria,» y quizás contribuya de alguna manera a una reducción de las enfermedades, pero no corresponde a ningún concepto más general de la salud.<sup>32, 33, 34</sup>

A diferencia de un sistema de calefacción, sin embargo, los sistemas sanitarios no llegan al punto de equilibrio en el que se mantienen estables la temperatura y el uso de combustible. La combinación de la reivindicación «ética» de responder a todas las necesidades y la regularidad empírica con la que, una vez satisfecha una necesidad,

---

<sup>31</sup> Woodward, C. and Stoddart, G. «Is the Canadian Health Care System Suffering from Abuse? A Commentary». *Canadian Family Physician* 36 (February 1990): 283-89.

<sup>32</sup> Illich, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Toronto: McClelland and Stewart; 1975.

<sup>33</sup> Haynes, R.; Sackett, D.; Taylor, D.; Gibson, E. and Johnson, A. «Increased Absenteeism from Work after Detection and Labelling of Hypertensive Patients». *New England Journal of Medicine*. 1979; 229: 741-44.

<sup>34</sup> Toronto Working Group on Cholesterol Policy. *Detection and Management of Asymptomatic Hypercholesterolemia*. Prepared for the Task Force on the Use and Provision of Medical Services, Ontario Ministry of Health and Ontario Medical Association, Toronto; 1989.

surge una nueva, al parecer hasta el infinito, conduce a una presión progresiva de expandir el sistema sanitario en todas las sociedades desarrolladas. Es como si no hubiera una temperatura suficientemente alta; siempre hay que poner más y más combustible en la(s) caldera(s).

## II. INQUIETUDES SOBRE EL COSTE, LA EFECTIVIDAD Y LA CONTRIBUCIÓN MARGINAL DE LA ATENCIÓN SANITARIA

El resultado se ve en la Figura 2, donde la flecha superior (acceso a la atención sanitaria) se ha expandido dramáticamente para reflejar una «crisis de costes sanitarios». Una comparación de las experiencias internacionales demuestra que *la percepción* de una crisis de este tipo es prácticamente universal, por lo menos en Europa Occidental y Norteamérica. Cabe notar, sin embargo, que los países en los que se percibe esta crisis dedican cantidades de dinero muy dispares a la atención sanitaria, tanto en términos absolutos como expresado como una proporción de la renta nacional.<sup>35, 36</sup>

Sin embargo, gasten mucho o poco, en todos los países hay una tensión explícita entre las creciente demandas y los recursos, que son cada vez más limitados. Incluso en los Estados Unidos, hay proveedores que reclaman encontrarse frente a recursos cada vez más restringidos,<sup>37</sup> a pesar de que los recursos dedicados a la asistencia sanitaria en este país son mayores, y están creciendo más rápidamente que en cualquier otro país del mundo.

Lo que interpretamos de esta observación es que las percepciones de las «crisis» en la financiación de la atención sanitaria surgen

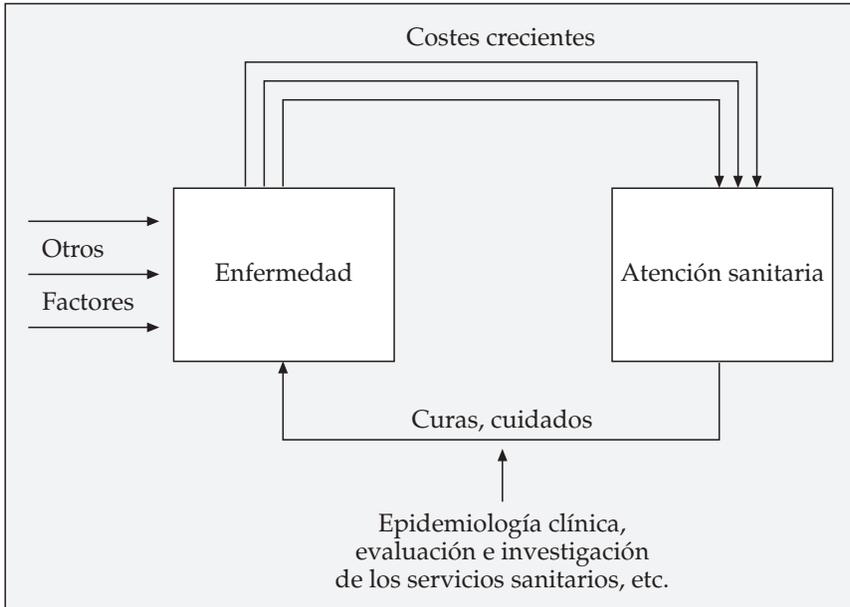
---

<sup>35</sup> Schieber.

<sup>36</sup> OECD Secretariat.

<sup>37</sup> Reinhardt, U. «Resource Allocation in Health Care: The Allocation of Lifestyles to Providers». *Milbank Quarterly* 65 (2, June 1987): 153-76.

FIGURA 2  
MODELO DE LA AMPLIACIÓN  
DE LOS SISTEMAS SANITARIOS



de conflictos sobre el nivel de gasto sanitario (y entonces, por definición, sobre los salarios que cobran los proveedores también). Estos conflictos nacen siempre que las agencias pagadoras procuran limitar la tasa de incremento de recursos dedicados al sistema sanitario. No tienen nada que ver con el nivel real de provisión de atención sanitaria a una población, ni con su coste, y ni con el nivel de salud de la población (se defina como se defina). También parecen surgir independientemente del sistema de financiación de un país.

Como demuestra el ejemplo de los Estados Unidos, tampoco importa si los esfuerzos de contener los costes tienen éxito o no. Las percepciones de crisis surgen del intento, no del resultado. Por lo tanto, no se debe esperar encontrar una conexión entre la salud de una

población y las acusaciones de crisis en la financiación de su atención sanitaria, por lo menos en los países de Europa Occidental y Norteamérica.

En la flecha inferior, y vinculada íntimamente con las percepciones de una crisis de costes, encontramos una preocupación creciente por la efectividad con la que la atención sanitaria responde a las necesidades. El desarrollo y la rápida expansión de la epidemiología clínica, por ejemplo, reflejan una preocupación de que la base científica en la que se respalda la atención sanitaria sea débil o inexistente. En general, la creciente disciplina de la investigación en los servicios de salud ha ido acumulando evidencias extensivas que son inconsistentes con la suposición que la provisión de la atención sanitaria se vincula de una manera sistemática o científica con las «necesidades» de los pacientes o con los resultados demostrables.<sup>38, 39, 40, 41, 42, 43</sup> Por lo tanto, se percibe que la mayor inversión de recursos en la atención sanitaria no tiene un impacto proporcional en el estado de la salud. Tampoco hay ninguna conexión demostrable entre las variaciones internacionales en el estado de salud y las variaciones en los gastos sanitarios.<sup>44</sup>

Si tuviera un impacto proporcional, se supone que serían menos intensos los esfuerzos de contener los costes (y quizás se enfocarían más en los ingresos relativos). «Contener los costes en sí mismo no es un objetivo razonable.»<sup>45</sup> La rápida subida del gasto en los

---

<sup>38</sup> Banta, *et al.*

<sup>39</sup> Eisenberg.

<sup>40</sup> Feeny, *et al.*

<sup>41</sup> Lomas.

<sup>42</sup> Ham, C. (ed.) *Health Care Variations: Assessing the Evidence*. London: King's Fund Institute; 1988.

<sup>43</sup> Andersen, T. and Mooney, G. (eds.) *The Challenge of Medical Practice Variations*. London: Macmillan; 1990.

<sup>44</sup> Culyer, A. *Health Expenditures in Canada: Myth and Reality, Past and Future*. Toronto: Canadian Tax Foundation; 1988.

<sup>45</sup> Culyer, A. «Cost Containment in Europe.» *Health Care Financing Review* (December supplement). 1989: 21-32.

ordenadores no generó peticiones de cupos de coste. Un sistema de atención sanitaria que pudiera «curar» las infecciones respiratorias superiores, los catarros y las gripes, por ejemplo, tendría un impacto positivo enorme, tanto en la productividad económica como en la felicidad humana, y compensaría un gasto extra considerable. Así como una «cura» para la artritis. Una vez ofrecidos tales beneficios, sospechamos que pocas sociedades negarían los recursos extras necesarios para proporcionarlos; de hecho los recursos se compensarían solos, en cierta medida, con una productividad más alta.

La combinación de una preocupación prácticamente universal por los costes crecientes por parte de los pagadores, y las evidencias de las investigaciones internacionales que indican que una proporción significativa de las actividades sanitarias son inefectivas, ineficientes (o que hace falta estudiarlas más), constituye un juicio implícito sobre las «necesidades crecientes» a las que los sistemas sanitarios responden: o no son de una prioridad suficiente como para justificar el gasto o simplemente no se atienden en absoluto.

No es que no queden necesidades incumplidas, ni que las poblaciones de las sociedades modernas hayan llegado a un estado de salud óptima. Es obvio que no es así. Tampoco se sostiene que la medicina no haya cambiado la salud. Está claro que esto es falso. Se preocupa más bien porque las deficiencias que persisten —la carga continua de la enfermedad, la discapacidad, la angustia, y la muerte prematura— son cada vez menos susceptibles a las mejoras del sistema sanitario. Estamos llegando a los límites de la medicina. Al mismo tiempo se está aumentando la evidencia (tanto en calidad como en cantidad) que esta carga puede ser bastante susceptible a las intervenciones y cambio estructurales que ocurren fuera del propio sistema sanitario.

Estas preocupaciones y evidencias distan mucho de ser nuevas —datan de los años 70 como poco. Pero la mayor parte del debate político y público en la política sanitaria sigue expresándose en términos de las necesidades incumplidas de «atención sanitaria». Hay una disyuntiva curiosa, tanto en la sabiduría popular como en

la profesional: las preocupaciones comunes por la efectividad del sistema sanitario, y la aceptación de la relevancia de los factores externos, coexisten bastante cómodamente con las preocupaciones continuas por las escaseces y la subfinanciación.

La «escasez periódica» de las enfermeras en Canadá (así como en gran parte del mundo industrializado) es un buen ejemplo. Las «escaseces» en enfermería han preocupado a los canadienses durante más de 25 años. Pero durante este mismo periodo, ha existido un consenso casi uniforme entre los observadores informados que el sistema canadiense usa las camas hospitalarias mucho más de lo necesario, y llevan tiempo esforzándose a reducir su uso. Considerados en su conjunto, surge que hay una «escasez» de enfermeras para proporcionar atención «innecesaria».

Lo importante no es la validez (o la falta de validez) de las dos percepciones, sino el hecho de que no se enfrenten entre sí. En términos del modelo del termostato, el debate público todavía consiste en las afirmaciones de los proveedores (con apoyo público considerable) que la temperatura de la habitación no es suficiente, o que puede caer, o que se acerca una ola polar...pero que en cualquier caso es imperativo instalar más calderas, y que sean más grandes, y comprar más combustible. Mientras tanto, los pagadores —en Canadá, los gobiernos provinciales— se frotran las manos pensando en el coste del combustible y buscan más eficiencia con muy poco apoyo externo.

Un sistema de calefacción más eficiente es una meta loable, aunque sea comprensible que los proveedores de la atención sanitaria (así como los dueños de las empresas de combustible) le den menos importancia que los que financian la atención. Pero hay otra cuestión, más importante aún. Los que viven en el edificio se preocupan sobre todo por la temperatura y su estabilidad, y no por el sistema de calefacción en sí. Si piensan que la temperatura solo se controla a través del sistema de calefacción, se enfocarán exclusivamente en ello. Pero como se (re)aprendió en Norteamérica después de la crisis del petróleo de 1975, la realidad no es así.

Igualmente, el propio sistema sanitario no es un fin para la población general. Es un medio para alcanzar un fin, el mantenimiento y la mejora de la salud.<sup>46</sup> Aunque pocos han defendido el argumento de Iván Illich,<sup>47</sup> que el sistema sanitario no tiene efectos positivos en la salud de sus clientes (e incluso llega a tener efectos negativos), como ya hemos indicado, hay cada vez más evidencia de la importancia de los factores externos.

Pero el marco intelectual reflejado en las figuras 1 y 2 aporta estos determinantes (y quizás algunos más importantes también) y los deja en el grupo poco definido de flechas que entran por la izquierda del dibujo. Implica que son impredecibles, o por lo menos incontrolables, y no compensa dedicar mucha energía intelectual ni atención política a identificar ni influenciarlos. Durante la gran parte del siglo XX, avances rápidos en las bases científicas, organizativas, y financieras de la atención sanitaria han intensificado este rechazo, y viceversa. Hemos prestado casi toda nuestra atención al contrastista de la calefacción y al vendedor del combustible, y no nos queda tiempo para interesarnos por el aislante térmico de la casa.

Entrados los años 70, no obstante, todos los países desarrollados ya tenían sistemas sanitarios extensos y caros, respaldados por mecanismos colectivos de financiación, que proporcionaban atención sanitaria a todos (o, en el caso de los EE.UU., la mayoría de) los ciudadanos. Pero las mejoras en salud no llegaron a cumplir todas las expectativas, y las «necesidades sin cubrir» (o por lo menos la presión para ampliar el sistema) no disminuyó. Los pronósticos básicos indican que, dentro de unas décadas, los sistemas sanitarios absorberán las economías nacionales. Mientras las preocupaciones públicas pasaron de la expansión a la evaluación y el control, la tradición alternativa empezó a surgir. En aquel ambiente, un interés creciente por las maneras alternativas de promover la salud —quizás más efectivas, y con suerte menos caras— fue una respuesta natural.

---

<sup>46</sup> Evans.

<sup>47</sup> Illich.

El resurgimiento del interés por las maneras de mejorar la salud de la población que no fueran ampliar más los sistemas sanitarios nació de las preocupaciones sobre los costes crecientes y la observación de la persistencia de la mala salud. El primero ha tenido una importancia especial para «reclutar a los nuevos partidarios» a la concepción más amplia de los determinantes de la salud. Los burócratas financieros, públicos y privados, se han aliado (muchas veces de una manera sospechosa) con los partidarios de lo más tradicional.<sup>48, 49</sup>

### III. EL CONCEPTO DEL CAMPO DE LA SALUD: UNA PERSPECTIVA NUEVA

La concepción más amplia se expresó de una forma particularmente compacta y elocuente en el famoso libro blanco canadiense que ya hemos mencionado, cuya publicación coincidió por casualidad absoluta con la primera crisis de energía. Su marco conceptual se dividió en cuatro campos, o categorías, de los determinantes de la salud, y fue suficientemente amplio como para expresar muchas de las inquietudes de los que estaban trabajando para cambiar el enfoque de la política sanitaria para englobar más que la atención sanitaria. En la Figura 3 este marco se superpone al modelo «termostato/caldera» de la atención sanitaria y la salud.

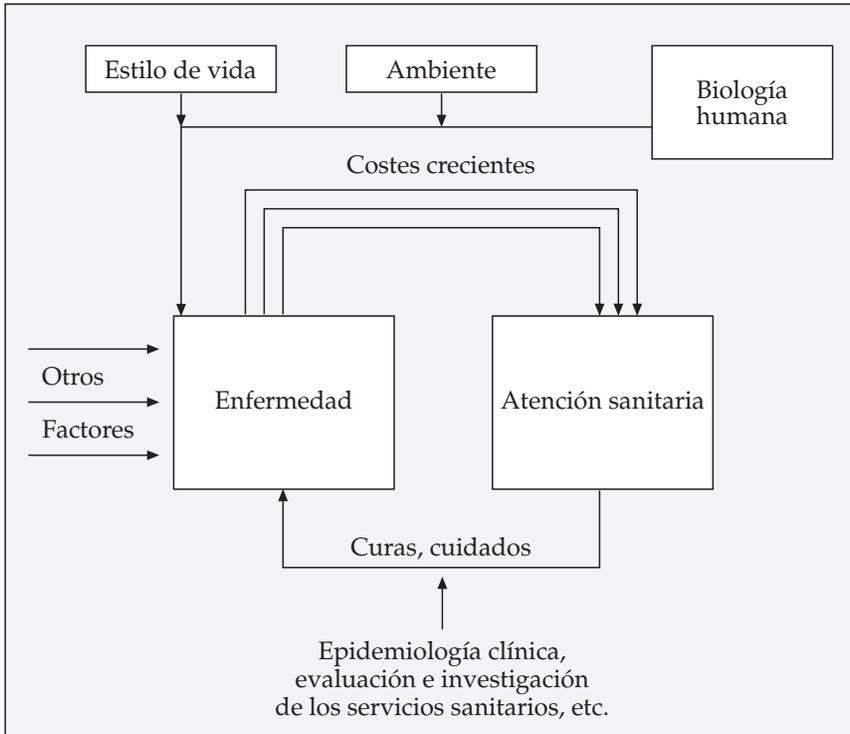
La nueva perspectiva propuso organizar los determinantes de la salud en las categorías de «estilos de vida», «medioambiente», «biología humana», y «atención sanitaria». Como se ve en la figura 3, la primera categoría proporcionó una identificación específica a algunos factores «no especificados» que entran por el lado izquierda de las figuras 1 y 2. Etiquetando y categorizando estos factores, el

---

<sup>48</sup> Evans, R. «A Retrospective on the “New Perspective”». *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1982; 7 (2, Summer): 325-44.

<sup>49</sup> McKinlay, J. «Epidemiological and Political Determinants of Social Policies Regarding the Public Health». *Social Science and Medicine*. 1979; 13A: 541-58.

FIGURA 3  
MARCO DE DETERMINANTES DE LA ATENCIÓN SANITARIA  
INCLUIDO EN EL MODELO



libro blanco los destacó, y sugirió la posibilidad de que su control pudiera aportar más a la mejora de la salud humana que ampliaciones adicionales del sistema sanitario. Por lo menos, el marco del «campo del salud» enfatizó el pale central del objetivo de la *salud* como tal, y el hecho de que la atención sanitaria fuera solo un tipo de política que podría llevar a cabo este objetivo.

El libro blanco fue bien recibido en Canadá y el extranjero; nadie cuestionó seriamente su mensaje básico: quiénes somos, cómo vivimos, y dónde vivimos, influyen fuertemente en nuestra salud. Pero

la respuesta política adecuada era menos clara, porque el documento se podía interpretar de varias maneras. En un extremo del espectro ideológico, se entendió como un llamamiento para unas políticas sociales mucho más intervencionistas, que fueran más allá de provisión pública de la atención sanitaria en si para mejorar la salud de la población canadiense y aliviar la carga de la morbilidad y la mortalidad.

En el otro extremo, sin embargo, se entendió que las propias personas son las responsables de su estado de salud, porque los estilos de vida, y en menor grado los ambientes de vivir, son *elegidos* por ellos. Parece que esta interpretación dista mucho de las intenciones de los autores del libro blanco canadiense, pero el marco de la figura 3 se presta a la «culpabilización de la víctima» así como a argumentos a favor de reformas sociales comprensivas.<sup>50</sup>

Sea lo que sea la intención original, el libro blanco llevó a un período de análisis detallado de factores de riesgo *individuales* (por ejemplo, los individuos y los peligros particulares) y cómo contribuyen a las enfermedades en el sentido tradicional. El significado potencial de los procesos que intervienen a nivel de los grupos a las poblaciones se ocultó (si no se perdió por completo).<sup>51</sup> El tabaquismo, por ejemplo, se consideró como un acto del individuo que predisponía a ciertas enfermedades. Contaminación específica de la atmósfera contribuye a las enfermedades pulmonares. Los defectos genéticos resultan en enfermedades genéticas muy bien definidas. La relación termostática se conserva: la salud se define como la ausencia de la enfermedad, y la atención sanitaria como una respuesta a la enfermedad, para proporcionar «curas» o aliviar síntomas, individuo por individuo.

Para ilustrar la diferencia, se puede formular la política sanitaria para el cáncer como un espectro, del individual al colectivo. Sería

---

<sup>50</sup> Evans.

<sup>51</sup> Buck, C. «Beyond Lalonde: Creating Health». *Canadian Journal of Public Health*. 1985; 76 (Supplement 1, May/June): 19-24.

posible aumentar el número de las instalaciones del tratamiento —una respuesta individualizada y reactiva. Sería posible intensificar la investigación de los tratamientos, una actividad con un enfoque colectivo solo si consideramos que los beneficiarios específicos del tratamiento no se identifican de antemano. Sería posible lanzar campañas antitabaco, intentando convencer a ciertos individuos con características conocidas —los fumadores— a cambiar su comportamiento de manera voluntaria. Estas campañas, a su vez, pueden ser individualizadas —pagar o dar incentivos a médicos que proporcionen psicoterapia, por ejemplo— o campañas publicitarias dirigidas a la población en general. O sería posible intentar limitar la exposición involuntaria, regulando la presencia de los carcinógenos en el medioambiente, o estableciendo zonas libres de humo obligatorias (hospitales, restaurantes, aviones, oficinas...) o bien regulando los procesos industriales.

El enfoque en los factores de riesgos individuales y las enfermedades específicas no ha minimizado la importancia del sistema sanitario en sí, sino lo contrario. Las intervenciones, en especial las que se dirigen a los estilos de vida personales, se proporcionan como «terapias de proveedor» orientadas a que el paciente deje de fumar, use el cinturón de seguridad, o modifique su dieta.<sup>52, 53</sup> Estas terapias a su vez se incluyen en un conjunto de intervenciones más generales que están creciendo rápidamente, que procuran modificar los factores de riesgo a través de unas transacciones entre los clínicos y los pacientes particulares.

Así la «gama de productos» del sistema sanitario se extiende a englobar a un conjunto más amplio de «enfermedades»: los comportamientos no saludables. El límite entre la enfermedad y los comportamientos se vuelve borroso: por ejemplo, la cardiopatía se puede

---

<sup>52</sup> American Council of Life Insurance and Health Insurance Association of America. INSURE Project-Lifecycle Study. Press Kit; April 25 1988.

<sup>53</sup> Lewis, C. «Disease Prevention and Health Promotion Practices of Primary Care Physicians in the United States». In Battista, R. and Lawrence, R. (eds.) *Implementing Preventive Services*, Supplement to *American Journal of Preventive Medicine* 1988: 4 (4): 9-16.

manifestar o como síntomas, o como el colesterol elevado, o bien como el consumo excesivo de grasa. Todas son «enfermedades», y todas representan una «necesidad» de intervención sanitaria. Usando este proceso para redefinir las enfermedades, el sistema sanitario convencional ha podido justificar extender los programas de difusión y cribado, y que un número elevado de personas sigan regímenes continuos de fármacos y monitorización regular.

El énfasis en los riesgos particulares y las enfermedades específicas ha servido para mantener y proteger las instituciones y los modos de pensar ya establecidos. Los «determinantes más amplios de la salud» eran asuntos del individuo, quizás con la ayuda de su médico de cabecera, y con el apoyo de las campañas publicitarias del departamento local de salud pública. El comportamiento de las organizaciones grandes y poderosas, o los efectos de las políticas sociales y económicas (públicas y privadas) no se sometieron al escrutinio. Esta interpretación del libro blanco no solo encajaba con el espíritu conservador de los últimos años de los 70 y lo primeros de los 80, sino también protegía e incluso mejoraba la posición económica de los proveedores de atención sanitaria mientras limitaba tremendamente los determinantes y políticas que se consideraban alternativas.

Esta tendencia fue reforzada por los intentos de estimar las contribuciones relativas de los cuatro determinantes de la salud. Una división tan sencilla de las fuentes de la mortalidad, morbilidad, y la utilización de la atención sanitaria en cuatro «cajas» es fundamentalmente equivocada.<sup>54</sup> No obstante, la «opinión de los expertos» indicó que, de los tres determinantes externos al sistema sanitario, el de «estilo de vida» tenía el impacto en la salud más grande, y con mayor facilidad de medir. Los estilos de vida—dieta, ejercicio, consumo de drogas—también se consideraban como controlados por el individuo. Se prestaban a las campañas publicitarias—

---

<sup>54</sup> Gunning-Schepers, L. and Hagen, J. «Avoidable Burden of Illness: How Much Can Prevention Contribute to Health». *Social Science and Medicine*. 1987; 24(11): 945-51.

políticamente inocuas, baratas, altamente visibles, y relativamente inefectivas—llevadas a cabo por el departamento de salud pública del sistema sanitario.

El tratamiento antitabaco proporciona un contraejemplo parcial, ilustrando la dificultad de romper con el esquema intelectual de enfermedad-atención sanitaria. El tabaco no es sólo tóxico, sino adictivo, y la adicción típicamente empieza cuando uno es joven. Por lo tanto, es inadecuada la suposición que los fumadores racionalmente y voluntariamente «eligen» fumar. Además, la observación que la incidencia de fumadores está correlacionada fuertemente con la clase socioeconómica, debilitando el argumento de que representa una elección particular, e indica a su vez una forma poderosa de condicionamiento social.

En parte por estos motivos, la política sanitaria no ha ido más allá de las campañas educativas para difundir información sobre los efectos adversos del tabaquismo, incluyendo también restricciones para la publicidad y el marketing del tabaco. La resistencia política a estas restricciones ha sido mucho más intensa, lo cual indica, *prima facie*, que los vendedores de estos productos temen que puedan ser efectivas. Pero la pregunta más general, la de los determinantes sociales del uso del tabaco, sigue abierta todavía.

El marco intelectual del libro blanco, al menos como se ha aplicado y como se ve en la figura 3, ha suplementado el modelo termos-tático (la salud como ausencia de enfermedad y la atención sanitaria como respuesta) pero ha ido más allá de la relación central. Ya que es la interpretación de experiencias individuales por parte de los proveedores de atención sanitaria la que define las «enfermedades» quizás no es de extrañar que el determinante «organización de la atención sanitaria» tendiera a absorber grandes partes de los tres, cuando se presentaban como los determinantes de la enfermedad.

IV.  
AMPLIANDO EL MARCO:  
LA SALUD Y SUS DETERMINANTES BIOLÓGICOS  
Y CONDUCTUALES

No obstante, desde que se publicó el libro blanco, se ha acumulado mucha evidencia, de muchas fuentes, que es difícil o imposible de representar dentro de este marco. El conjunto muy general de relaciones que engloba el «estrés»,<sup>55, 56</sup> por ejemplo, y los factores que protegen contra ello, han llamado la atención a la importancia de las relaciones sociales, o su ausencia, como correlatos de la enfermedad y la mortalidad. La autoestima, las posiciones jerárquicas y las sensaciones del control (o, en cambio, de impotencia) también parecen tener consecuencias para la salud, independientes de los factores de riesgo tradicionales.<sup>57, 58, 59, 60</sup>

Factores de este tipo apuntan a explicaciones del hallazgo universal—o sea, en todos los países—que la mortalidad (y la morbilidad, cuando es posible medirla) varían según las clases socioeconómicas. Los ingresos menores y/o el menor estatus social se asocia a un peor estado de salud.

No obstante, esta relación no indica que haya privación en el extremo socioeconómico más bajo, aunque frecuentemente se malinterpreta así. En primer lugar, las variaciones socioeconómicas en el estado de la salud han sido relativamente constantes en el tiempo,<sup>61</sup> aunque los niveles promedios de los ingresos han subido considerablemente en todas las sociedades desarrolladas. No hay duda de que la proporción de personas que carecen de las necesidades

---

<sup>55</sup> Dantzer.

<sup>56</sup> Sapolsky.

<sup>57</sup> Dutton.

<sup>58</sup> Marmot.

<sup>59</sup> House.

<sup>60</sup> Sapolsky.

<sup>61</sup> Black, *et al.*

biológicas ha bajado. Pero más importante aún es que la relación se mantiene constante a través de todo el espectro socioeconómico. Las personas en el extremo más alto parecen tener mejor salud que las del «peldaño» segundo más alto, aunque estas últimas también tengan más de promedio en cuanto a ingresos, estatus, y los demás factores relevantes.<sup>62</sup>

Se deduce que los varios determinantes de la salud que son independientes del sistema sanitario no solo afectan a una minoría pobre y necesitada a la que es fácil deplorar o no considerar. *De te fabula narratur*, nos afecta a todos (o a casi todos). Esto, a su vez, implica que los efectos de tales factores pueden ser muy significativos para el estado de salud general de las poblaciones modernas. Los efectos no tienen una importancia nimia ni secundaria.

Además, las variaciones en la mortalidad y la morbilidad según las clases socioeconómicas parecen mantenerse estables en el tiempo, a pesar de que las principales causas de la muerte han cambiado mucho. Implica que existen factores subyacentes que influyen la propensión a una gama amplia de enfermedades. No son factores de riesgo específicos, sino generales. Sea lo que sea la enfermedad, las personas con menos nivel social la suelen padecer más, y frecuentemente morir de ella antes—incluso después de compensar los efectos de los peligros específicos del individuo o el medioambiente.<sup>63</sup>

Indica que para entender la relación entre el nivel social o el «estrés» y la salud habrá que investigar a un nivel más general que la etiología de las enfermedades específicas. También plantea la posibilidad de que las respuestas políticas a las enfermedades específicas—a través de la atención sanitaria u otras medidas—no llegan a calar suficientemente hondo como para tener efectos importantes. Incluso si una enfermedad «se cura», otra surgirá en su lugar.

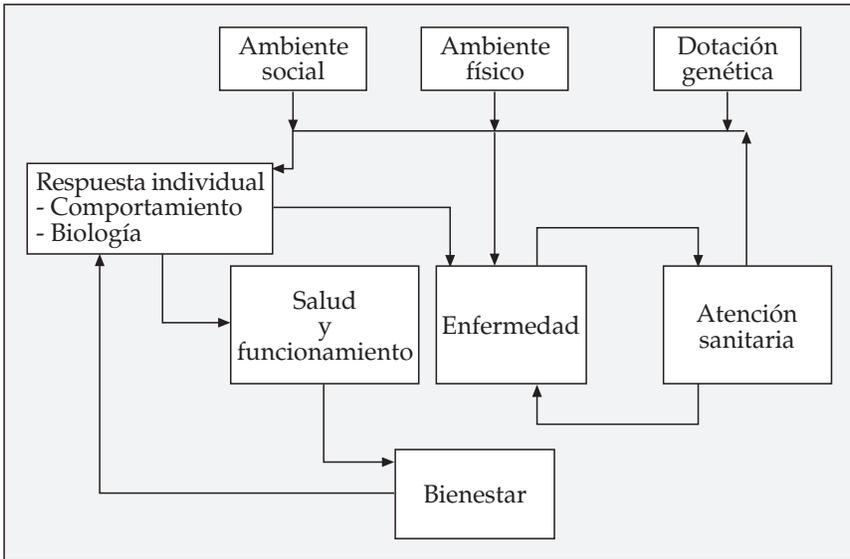
---

<sup>62</sup> Marmot.

<sup>63</sup> Marmot, M.; Shipley, M. and Rose, G. «Inequalities in Death-Specific Explanations of a General Pattern.» *Lancet*. 1984; 1(May 5): 1003-6.

Se ve en la Figura 4 un intento de ampliar nuestro marco intelectual para englobar las nuevas evidencias. Hay dos cambios estructurales importantes. Primero, se distingue entre la enfermedad (como el sistema sanitario la reconoce y responde a ella) y la salud y las capacidades como el individuo se las siente. Esta distinción nos permite considerar, dentro del marco, la observación que el malestar que experimentan los individuos (y sus familias, u otros grupos sociales pertinentes) no tiene que corresponder a la enfermedad como la entienden los proveedores de la atención sanitaria. Personas que tienen las «misma» enfermedad desde la perspectiva del sistema sanitario—o sea que tienen parámetros biológicos, pronósticos, y tratamientos parecidos—pueden experimentar síntomas más o menos fuertes, que a su vez pueden impedir a su funcionamiento social.

FIGURA 4  
RELACIÓN ENTRE LA SALUD  
Y LOS FACTORES SOCIALES E INDIVIDUALES



Las diferencias particulares surgen de los distintos ambientes culturales que controlan la interpretación y la acomodación de la enfermedad, así como las instalaciones dadas a los enfermos. La artritis, y en un sentido más general los problemas musculoesqueléticos, son buenos ejemplos de afecciones en las que la sensación de «malestar» que sufre el paciente no está fuertemente vinculado a lo que el clínico interpreta como «enfermedad».

Esto no significa que una perspectiva sea correcta y la otra equivocada. Los dos modos de interpretación tienen fines diferentes. El concepto de la enfermedad que usa el clínico pretende guiar la aplicación adecuada de los conocimientos y las tecnologías disponibles, entonces se formula en términos de estos conocimientos y tecnologías. Los pacientes, en cambio, se preocupan sobre todo por el impacto que tendrá la enfermedad en la vida propia. La interpretación del clínico puede conllevar un impacto importante pero dista mucho de ser el único factor relevante.

Además, desde la óptica del bienestar y funcionamiento social del individuo (incluyendo la productividad económica) la sensación de salud y capacidad que tiene el individuo es clave (como se ve en la figura 4). Las «enfermedades» que el sistema sanitario diagnostica y trata solo son importantes en el grado que afectan esta sensación de salud y capacidad—y está claro que la afectan. Pero la salud, incluso como la interpreta el individuo, no es lo único importante en la vida. La figura 4 introduce la categoría del «bienestar», la sensación de satisfacción con la vida que tiene el individuo, lo cual es o debe ser (postulamos nosotros) el objetivo final de la política sanitaria. La prueba final de una política sanitaria es si contribuye al bienestar de la población que sirve.

Volviendo a la definición de la salud de la OMS, la podemos re-etiquetar de «bienestar». Nuestro concepto de la salud se define, en términos limitados pero desde la perspectiva del paciente, como la ausencia de *malestar* o dolencia, de síntomas angustiantes o discapacidad. La enfermedad, como concepto médico, suele tener una relación importante con el malestar, y entonces con la salud, pero no es

lo mismo. El malestar es, a su vez, una influencia (negativa) muy importante en el bienestar, pero tampoco es la única. La definición de la OMS, como ya hemos dicho, es tan general que llega a ser el objetivo no solo de la política sanitaria sino de toda la actividad humana.

El cribado y tratamiento de la hipertensión proporciona un ejemplo claro y concreto de esta distinción, y también destaca las limitaciones de los marcos conceptuales estáticos que se ven en las figuras acompañantes. Se ha dicho que la hipertensión no te hace daño, solo te mata. Daña a los órganos silenciosamente y sin producir síntomas; un derrame cerebral repentino y posiblemente fatal indica la presencia un problema crónico así como sus consecuencias. Antes del derrame es posible que el individuo no pase nada de malestar, aunque un clínico que le toma la tensión podría identificar una enfermedad.

Estudios del impacto del cribado y tratamiento de la hipertensión han indicado claramente que el propio diagnóstico, el poner la etiqueta de «enfermo» al paciente, le hace daño de una manera inequívoca y medible.<sup>64</sup> El tratamiento agrava el malestar, aunque es posible que los que cumplen bien con el tratamiento padezcan menos efectos de la etiqueta. Así el cribado y tratamiento de la hipertensión propagan el malestar entre sus beneficiarios, reduciendo su capacidad de funcionar incluso muestras mejora su enfermedad.

Está claro que el cribado no se hace con malas intenciones médicas. Las consecuencias de la hipertensión a largo plazo se pueden expresar en tipos de malestar muy definidos, incluyendo la muerte.<sup>65</sup> Es posible que el descubrimiento y tratamiento de la enfermedad resulte en un mayor malestar inmediato; eso sí, las consecuencias a más largo plazo incluyen la disminución del malestar (que además es un malestar muy grave) para algunos beneficiarios del tratamiento.

---

<sup>64</sup> Haynes, *et al.*

<sup>65</sup> Hypertension Detection and Follow-up Program Co-operative Group. Five-Year Findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program, I: Reduction in Mortality of Persons with High Blood Pressure, Including Mild Hypertension. *Journal of the American Medical Association*. 1979; 242: 2562-71.

Existen evidencias sustanciales que el cribado y el tratamiento de la hipertensión moderada y grave han reducido la morbilidad y mortalidad asociadas con el derrame cerebral; se considera uno de los «éxitos» más importantes de la prevención clínica.<sup>66</sup> Pero a pesar de sus fuerzas relativas, este patrón de movimientos compensativos no se ve reflejado en el marco estático de la figura 4.

En efecto todas las figuras tienen una estructura temporal implícita. Las «curas» pocas veces son instantáneas, pues la atención sanitaria solo ejerce su impacto negativo sobre la enfermedad con un retraso de duración variable. Los factores de estilo de vida y medioambiente que se ven en las figuras 3 y 4 tienen consecuencias acumulativas y a largo plazo en la salud y en la enfermedad. Pero el problema extra en la figura 4 surge porque la relación que representa entre la salud y la atención sanitaria se puede invertir a lo largo del tiempo. La atención sanitaria puede repercutir negativamente en la salud a corto plazo, y positivamente a largo plazo.

La posibilidad de «ganar a largo plazo» puede justificar el sufrimiento (aunque no en todos los casos) y los analistas y evaluadores de los programas preventivos están altamente conscientes de la necesidad de comparar los beneficios y los costes para la salud. Una intervención demasiado agresiva puede hacer daño considerable a los destinatarios, aunque en algún futuro se demuestre que haya «salvado vidas» o, más bien, aplazado unos fallecimientos.

El debate sobre el cribado del colesterol, y las recomendaciones contradictorias de los «expertos» de distintas jurisdicciones, es otro buen ejemplo.<sup>67, 68, 69</sup> Se cuestionan no solo las interpretaciones discrepantes de las evidencias epidemiológicas, o los distintos pesos

---

<sup>66</sup> Toronto Working Group on Cholesterol Policy.

<sup>67</sup> Moore T. *Heart Failure: A Critical Inquiry into American Medicine and the Revolution in Heart care, Part II: Prevention*. New York: Random House; 1989.

<sup>68</sup> Moore.

<sup>69</sup> Anderson, G.; Brinkworth, S. Ng T. «Cholesterol Screening: Evaluating Alternative Strategies». HPRU 89: 10D. *Health Policy Research Unit*, University of British Columbia, Vancouver; August 1989.

asignados a «las vidas y los dólares»—los costes de un programa versus los resultados en la mortalidad. La posibilidad de convertir a un cuarto de los adultos norteamericanos en «pacientes» crónicos que necesitan tratamiento farmacéutico inquieta a algunos clínicos (y a otras personas también).

El marco de la figura 4 facilita que se considere esta distinción. En este marco, el cribado de colesterol y el tratamiento farmacéutico a gran escala representaría un nuevo epidémico de malestar, un deterioro en la «salud y capacidad» debido a los efectos de la «etiqueta» y los efectos secundarios de los medicamentos. Como los estudios de la hipertensión nos indican, estos efectos negativos son reales y concretos, y se puede medir su impacto en la vida de los pacientes. Para compensarlo, habría una reducción en la enfermedad (medida primero en el colesterol sérico, y más tarde en la cardiopatía). La reducción en la cardiopatía contribuiría positivamente a la salud, pero los efectos contradictorios de la reducción de la enfermedad (por ejemplo, el deterioro inmediato en la salud, y la mejora posterior) se tienen que comparar para evaluar el impacto neto sobre el bienestar.

Además de distinguir explícitamente entre la enfermedad y el malestar, la figura 4 amplía las categorías de los determinantes de la salud que se plantearon en el libro blanco. Nos permite incorporar al macro la diversa y creciente literatura investigativa sobre los determinantes de la salud, que no encaja bien con las categorías del libro blanco.

El asunto clave es el concepto de la respuesta del individuo (huésped), lo cual engloba y va más allá del sentido tradicional epidemiológico del término. La variedad de circunstancias a las que el organismo/individuo puede responder también es más grande de lo que la epidemiología suele abarcar.<sup>70</sup> En el marco representado en la figura 4 dicha respuesta incluye algunos factores o procesos que antes se clasificaban como estilo de vida o biología humana.

---

<sup>70</sup> Cassel, J. «The Contribution of the Social Environment to Host Resistance». *American Journal of Epidemiology*. 1976; 104\*(2): 107-23.

Las implicaciones de este cambio se notan al considerar (una vez más) el tabaquismo. En el marco del libro blanco, el uso del tabaco se clasifica como «estilo de vida», por lo cual se entiende que es una «elección individual». Esto no solo lleva a la culpabilización de la víctima, sino a poner énfasis en estrategias de información y educativas, las cuales tienen fama de ser inefectivas. Los matices éticos de la palabra «elección», que se vincula a la «libertad» y la «autoexpresión» introducen confusiones políticas e intelectuales al proceso del control de una sustancia tóxica y adictiva.

No obstante, se ha observado muchas veces que el uso del tabaco está vinculado a factores sociales. En las sociedades modernas, los ingresos, el estatus, y el prestigio se correlacionan negativamente con el uso del tabaco, a tal punto que las diferencias en el uso del tabaco ya figuran en el gradiente social de la mortalidad. No siempre ha sido así. Antes de la diseminación a gran escala de información sobre los efectos adversos del tabaco, su uso se correlacionaba positivamente con el estatus social. Parece claro que el uso del tabaco dista mucho de ser una elección individual—es una actividad en la que participan (o no participan) grupos de personas en circunstancias particulares. Para entender por qué unas personas fuman y otras no, y desarrollar buenas estrategias preventivas, es necesario examinar los procesos de grupos y las circunstancias que los influyen. Está claro que fumar, o no fumar, es una *acción* individual, pero puede que no sea una *elección* individual. Tratarlo como si lo fuera significa despreciar toda la información que proporcionan las tendencias del comportamiento.

No pretendemos reducir al individuo a un autómatas, ni negar que la elección individual tenga un papel. El uso del tabaco tampoco es la única actividad que está vinculada a factores sociales, ni de lejos. Pero las muy marcadas tendencias de fumar y de no fumar dentro de la población indican que el tabaquismo también es una respuesta del huésped (en este caso, el fumador) a un ambiente social que promueve (o no promueve) el uso del tabaco. Publicidad a favor del tabaco promueve su uso, por ejemplo, mientras la designación legal

de espacios libres de humo lo impide; las dos cosas están muy separadas de la «elección individual».

Los efectos de las fuerzas psicológicas del estatus y la clase social pueden llegar a ser aún más poderosos, si bien son más sutiles. La sensación de eficacia personal que se asocia a las posiciones sociales altas fomenta una confianza en la capacidad individual de romper con las adicciones, así como en las consecuencias positivas de hacerlo. Creer en la efectividad de sus acciones se aprende, y se reafirma, en función de la posición social.

La distinción entre el ambiente social y la respuesta del huésped también nos permite la incorporación conceptual de unos factores que afectan la salud de unas maneras menos directas y obvias que el uso del tabaco. Se ha observado que la muerte de la pareja se asocia con el mayor riesgo de enfermedad, e incluso muerte, para un individuo. Posiblemente se debe a una disminución del sistema inmunológico, aunque los mecanismos de causación no están claros. Sin embargo, se está aculando evidencia que indica que el sistema nervioso comunica con el inmunológico, así que el ambiente social pueda, en principio, influenciar las respuestas biológicas a través del sistema nervioso.<sup>71</sup>

Las respuestas biológicas del organismo a su ambiente social no se limitan al sistema inmunológico. Los tipos de estrés que uno no siente capaz de controlar—los que se asocian a su posición en una jerarquía, por ejemplo—pueden estar correlacionados con el nivel de las proteínas reactivas (como el fibrinógeno) en el plasma sanguíneo<sup>72</sup> o con la eficiencia de la respuesta hormonal al estrés.<sup>73</sup> Es posible que la suficiencia de la alimentación en la primera infancia (o la falta de ésta) «programe» el cuerpo para procesar las grasas alimentarias, y que esta programación tenga efectos

---

<sup>71</sup> Dantzer.

<sup>72</sup> Markowe, H.; Marmot, M. and Shipley, M. et al. «Fibrinogen-A Possible Link between Social Class and Coronary Heart Disease». *British Medical Journal*. 1985; 291(6505): 1312-14.

<sup>73</sup> Sapolsky.

importantes.<sup>74,75</sup> Es muy polémico, pero parece obvio que la separación entre la biología humana y «lo demás» se está desmoronando.

En la figura 4 hemos simplificado este determinante, limitándolo a la «dotación genética». Esta dotación interactúa con las influencias del ambiente social, el físico, y el cultural para determinar las respuestas biológicas y de conducta del individuo.<sup>76</sup> Algunas respuestas son involuntarias—muy pocos están conscientes de cómo está funcionando su sistema inmunológico, ni saben afectarlo a propósito. Otras respuestas son de conducta—fumar, o ponerse el cinturón de seguridad. Los dos tipos de respuesta influyen en la capacidad del individuo de enfrentarse a retos externos, de resistir la enfermedad o de seguir funcionando a pesar de ella. También influyen en la carga de la enfermedad. La decisión de buscar atención sanitaria, el cumplimiento con el tratamiento, y la respuesta al tratamiento también forman parte de la respuesta del huésped.

La reducción de la tuberculosis en Inglaterra en el siglo XIX es buen ejemplo de la importancia de los cambios en la respuesta del huésped. El cambio dramático de los patrones de la mortalidad ocurrió antes del desarrollo de una respuesta efectiva.<sup>77</sup> La reducción tampoco se debió a una menor exposición al bacilo; la mayoría de la población dio positivo para el anticuerpo hasta 1940.<sup>78</sup> La resistencia de la población simplemente mejoró. Ha sido atribuido a la mejor alimentación, pero la cuestión sigue abierta.<sup>79, 80</sup> Lo clave para nosotros es que la respuesta biológica del individuo puede cambiar.

---

<sup>74</sup> Barker, D.; Winter, P.; Osmond, C.; Osmond Margetts, B. and Simmonds, S. «Weight in Infancy and Death from Ischaemic Heart Disease». *Lancet*. 1989; 2 (September 9): 577-80.

<sup>75</sup> Birch, H. «Malnutrition, Learning and Intelligence». *American Journal of Public Health*. 1972; 62 (6, June): 773-84.

<sup>76</sup> Baird, P. and Scriver, C. «Genetics and the Public Health». Internal Document #10A. Program in Population Health, Canadian Institute for Advanced Research, Toronto, January 1990.

<sup>77</sup> McKeown.

<sup>78</sup> Sagan, L. *The Health of Nations*. New York: Basic Books; 1987.

<sup>79</sup> McKeown.

<sup>80</sup> Sagan.

El progreso en la genética también está modificando la idea antigua de una dotación genética fija, en la que defectos de un solo gen llevan a enfermedades genéticas bien definidas. Parece que combinaciones de genes pueden resultar en predisposiciones, o resistencias, a muchas enfermedades (incluso las que no se consideran enfermedades «genéticas»). Si estas predisposiciones se expresan como enfermedades o no depende de varios factores, tanto los físicos como los sociales.

Metiendo la respuesta del huésped entre los factores ambientales, en la expresión de la enfermedad y el nivel de salud y funcionamiento, hemos creado unas categorías suficientemente flexibles para englobar la evidencia compleja sobre los vínculos entre el ambiente social y la enfermedad. El desempleo, por ejemplo, puede llevar a la enfermedad si el individuo se aísla socialmente o se siente estigmatizado. Por otro lado, si el individuo dispone de redes de apoyo para mantener sus contactos sociales, y si su autoestima no se afecta, el desempleo no tiene por qué tener consecuencias para la salud.

La correlación entre la longevidad y el estatus en una jerarquía puede ser un ejemplo de causalidad inversa: los que están en mejores condiciones físicas tienen más éxito. Pero también es posible que la autoestima y la sensación de poder hacer frente a los retos conlleva el éxito y el respeto de los demás y producen una «respuesta del huésped» de mejor funcionamiento inmunológico o alguna otra fortaleza física. La vulnerabilidad o la resistencia biológica del individuo frente a los choques externos dependen del ambiente social y físico, y de cómo éste se relaciona con los atributos genéticos. Aunque, como hemos establecido, todavía se desconocen en gran parte las relaciones biológicas que determinan este proceso, las correlaciones observadas siguen acumulándose. La figura 4 nos proporciona un marco conceptual en el que expresar este patrón de relaciones.

En este marco ampliado, la relación entre la atención sanitaria y la salud de una población se vuelve aún más compleja. La sensación de autoestima, del poder hacer frente a retos, y de potencia, se

puede o bien reafirmar o bien debilitar, como resultado de las intervenciones sanitarias. Los efectos de «etiquetar» pueden provocar una sensación de mayor vulnerabilidad en los «etiquetados», lo cual influye en su funcionamiento fisiológico. Pero adoptar un comportamiento preventivo, o una terapia, también puede ocasionar positivos efectos placebo, quizás reflejando una mayor sensación de control, independientes de cualquier evaluación «objetiva» de la efectividad de dichos cambios.

Es inevitable que las intervenciones tengan efectos no buscados. Nuestro marco incluye los efectos placebos e iatrogénicos en la flecha causal entre la atención sanitaria y la enfermedad. Pero se supone que también se podría representar un efecto (de valor ambiguo) entre la atención sanitaria y la respuesta del huésped.

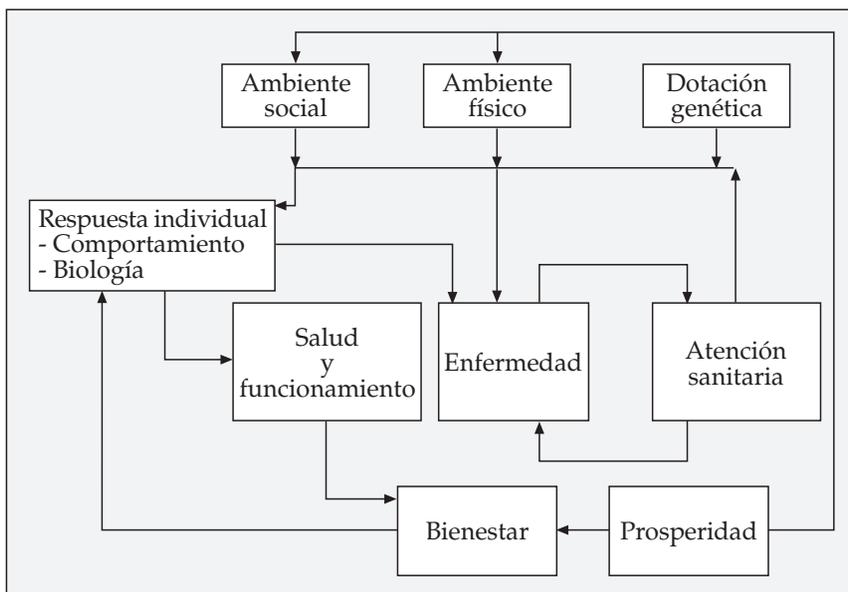
La sensación protectora de la autoestima o la capacidad de afrontamiento puede ser no solo un fenómeno individual sino colectivo. Ser «ganador», ser miembro de un «equipo ganador», o solo asociarse con un equipo ganador—ser habitante de una ciudad cuyo equipo ha ganado algún campeonato—parecer proporcionar una satisfacción considerable, y puede tener unas consecuencias medibles para la salud.

## V.

### UNA AMPLIACIÓN ADICIONAL: COMPENSACIONES ECONÓMICAS Y BIENESTAR

Hay que considerar otra relación de retroalimentación aun. La atención sanitaria, y las políticas sanitarias en general, tienen costes económicos que también afectan el bienestar social. Una vez entendido el marco para reflejar que el principal fin de las actividades sanitarias no es la reducción de la enfermedad (como la define el sistema sanitario) ni la promoción de la salud y la capacitación humana sino la mejora del bienestar humano, nos encontramos frente a otro conjunto de contrapartidas, las cuales se introducen en la Figura 5.

FIGURA 5  
RELACIÓN DE RETROALIMENTACIÓN  
DEL BIENESTAR HUMANO Y LOS COSTES ECONÓMICOS



La atención sanitaria no es «gratis»; como se ha notado, la provisión de estos servicios ha llegado a ser la industria (o el grupo de actividades económicas) más grande en todas las sociedades modernas. Representa un compromiso importante de recursos—el tiempo, la energía, y las capacidades de las personas, los materiales, los servicios de capital—que por tanto no se pueden dedicar a otras formas de producción. En el grado que la atención sanitaria contribuye positivamente a la salud, también contribuye a la felicidad humana, directamente y a través de los beneficios económicos de los aumentos en la productividad y las capacidades.

A este segundo efecto se suele denominar una «inversión en la salud», el gasto sanitario incluso podría pagarse solo, con el aumento en la productividad de la población que produce. Sin embargo,

la atención sanitaria se ha concentrado mucho en los que no forman parte de la mano de obra—los viejos y los que padecen enfermedades crónicas—perjudicando así esta relación. Para la mayor parte de la atención sanitaria que se provee hoy en día, los beneficios se encuentran en el valor de las mejoras de la salud y la capacitación, y no en mejoras de productividad.

Sean como sean los beneficios que produce la atención sanitaria, los recursos necesarios para su provisión provienen del patrimonio común. La extensión de la atención sanitaria en sí entonces repercute negativamente en el bienestar y el progreso económico de la sociedad general. El argumento mal sustentado de los ingenuos —que la atención sanitaria, o cualquier otra industria, produce beneficios económicos creando empleo— se basa en la confusión entre el propio trabajo (que consume recursos y genera costes) y lo que el trabajo produce (el rendimiento). Es, de hecho, una confusión común en la atención sanitaria, entre el proceso de cuidado y su resultado, que se extiende al dominio económico.

Pero la «creación de empleo» es muy fácil. Siempre se podría contratar a la gente para hacer agujeros en la tierra para luego rellenarlos, (el economista británico John Keynes sugirió enterrar botellas llenas de billetes, para crear oportunidades rentables de autoempleo). La creación de riqueza, en cambio, depende de la creación de trabajos cuyo producto tenga valor para el destinatario. Esta interpretación se hace implícita en la distinción entre «trabajos reales» y trabajos inventados para que la gente se mantenga ocupada (y remunerada). En una economía moderna y compleja, muchas personas pueden tener trabajo sin contribuir a la riqueza de la población en su conjunto.

La distinción entre el coste de una actividad, los recursos netos que consume, y los beneficios que produce no solo se aplica a la atención sanitaria, sino a cualquier actividad económica, como se ve en los análisis coste-beneficio en general. El caso de la atención sanitaria es diferente, debido a unas razones complejas y relacionadas entre sí, las cuales son implícitas en la concatenación de efectos de

la atención sanitaria: de la reducción de enfermedad, a la mayor salud y capacitación, al bienestar.

La atención sanitaria tiene unas características que la hacen intrínsecamente diferente a los bienes y servicios «normales» que se venden en los mercados privados, lo cual se ve reflejado en el peculiar y complejo conjunto de relaciones institucionales que rodean su provisión. Como consecuencia tanto de estas peculiaridades como de las respuestas institucionales a las mismas, no existen mecanismos para mantener la relación entre el coste de los recursos necesarios para producir un producto y el valor que el producto tiene para sus usuarios. Sin profundizar en este problema, la clave es que una expansión demasiado agresiva del sistema sanitario puede tener efectos negativos no solo para el bienestar de la población sino para su salud también. Dichos efectos duales se ven en la figura 5.

El potencial impacto negativo de proveer demasiada atención sanitaria es sencillo. Como ya hemos enfatizado, la provisión de la atención sanitaria consume recursos económicos que se podrían dedicar a otros fines valorados. En 1990 los canadienses gastaron en 9% de su renta nacional en la atención sanitaria, impidiendo que estos recursos se dedicaran a producir bienes de consumo como ropa o muebles, o a construir sistemas de tránsito rápido, o a mejorar el sistema educativo, etc. En los Estados Unidos, más de 12 por ciento de la renta nacional se gastó en la atención sanitaria, en Japón, un 6 por ciento. Por lo tanto, a los japoneses les queda una mayor parte de su renta para dedicar a otros fines; a los americanos les queda menos.

Esta meno claro (pero aun así implícito en la figura 5) que la expansión de la atención sanitaria quita recursos a otras actividades que también pueden tener efectos sobre la salud. En los presupuestos públicos, por ejemplo, la necesidad de dedicar más fondos a la atención sanitaria para los viejos impide aumentar las pensiones, u otras formas de apoyo social; lo déficits crecientes hasta pueden exigir reducir las pensiones. Subir las impuestos o las primas de los seguros privados quita renta disponible a la población. Los programas

de limpieza medioambiental también compiten con la atención sanitaria por unos recursos escasos.

Al reconocer que los determinantes de la salud externos a la atención sanitaria son importantes y pueden ser controlados, es necesario considerar la posibilidad de que los efectos negativos de la competencia de la atención sanitaria con otras actividades que benefician la salud sean mayores que los efectos positivos directos de la atención sanitaria. Una sociedad que gasta tanto en la atención sanitaria que no puede dedicar los fondos necesarios a otras actividades que benefician la salud puede llegar a perjudicar la salud de su población.

Para entender bien este fenómeno, hace falta hacer dos aclaraciones y poner una condición.

En primer lugar, no se refiere a la iatrogenia, es decir, los efectos directos negativos en la salud que produce la atención sanitaria. Intervenciones fuertes provocan efectos secundarios fuertes; el mayor alcance de la tecnología médica muchas veces conlleva el potencial de hacer daño. Tomar una decisión clínica requiere hacer un balance entre los posibles beneficios y perjuicios, y hasta los mejores cuidados tendrán resultados malos en algunos casos. Además, todo sistema humano tiene un grado de error, como cuidados inapropiados o inadecuados, o la mera mala suerte. Ampliar el sistema sanitario no solo conlleva un mayor potencial de ayudar, sino de hacer daño también.

En segundo lugar, los efectos potenciales a los que se refiere son los efectos marginales en la jerga económica. El impacto global de la atención sanitaria en la salud y la disponibilidad de recursos no se ha considerado. Quizás Iván Illich tiene razón y el sistema sanitario tiene un efecto neto negativo en la salud de la población a la que sirve. Pero no lo sabemos, y tampoco está claro cómo podríamos llegar a saberlo.

Lo que queremos señalar es algo mucho más limitado, que puede resultar obvio al ver la figura 5. La salud de los individuos y las poblaciones está afectada por la atención sanitaria, pero ésta tampoco

es el único factor importante. La ampliación del sistema sanitario ocupa recursos que podrían dedicarse a abordar los demás factores relevantes. Se sigue que una ampliación del sistema sanitario puede tener efectos negativos en la salud. Una política de salud, a diferencia de una política sanitaria, tendrá que tomar en cuenta este balance.

La condición surge del hecho de que al hablar de la salud de una población, tratemos a un grupo de individuos diversos como si fueran homogéneos. Políticas específicas benefician a personas específicas. Aunque quitar recursos a la atención sanitaria para dedicarlos a otras actividades que benefician a la salud o la productividad pueda producir una mejora en el nivel general de la salud, o de renta, ciertos individuos estarían peor que antes. Es obvio que entre ellos estarían los que trabajan, o iban a trabajar, en el sistema sanitario. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios existen para responder a las circunstancias de individuos concretos, que actualmente necesitan atención. Dedicar menos recursos a la atención sanitaria podría perjudicar a dicho individuos, aunque en el futuro habría menos de ellos.

Es posible que los conflictos entre los intereses de los que actualmente están enfermos y los que algún día lo estarán sean inevitables. En cualquier caso, es importante notar la posibilidad de dichos conflictos, ya que no siempre son muy aparentes en el marco en conjunto. En cambio, también es importante notar que no existe una base ética, ni prudente, sobre la que defender la decisión de resolver el conflicto ampliando la atención sanitaria. Hay que tener claro si hemos asumido unas obligaciones colectivas para mejorar la salud o solo para mejorar los aspectos de la salud que responden a la atención sanitaria. Si es el segundo caso, esta sociedad es más pobre, y menos saludable, de lo que podría ser, y habrá que reconsiderar las implicaciones de la obligación ética (que nos hemos impuesto). La urgencia de tal reconsideración, y la capacidad de llevar a cabo las conclusiones, varía considerablemente entre sociedades.

En este contexto, la experiencia de Japón es extraordinaria, y puede proporcionar un ejemplo del ciclo de retroalimentación entre la prosperidad y la salud que se ve en la figura 5. La actual excelencia económica de Japón es bien conocida; lleva unos 40 y de hecho se parece mucho a otro periodo de crecimiento económico japonés que empezó después de la Restauración Meiji en 1868. Lo novedoso es que la última década Japón ha empezado a dejar de copiar las innovaciones de otros países (con éxito) para estar en la vanguardia respecto al desarrollo económico y el cambio tecnológico.

Durante el mismo período, la esperanza de vida de los japoneses ha subido, superando en los años 80 las de los demás países desarrollados.<sup>81</sup> Igual que la economía japonesa y los ingresos per cápita, la esperanza de vida media sigue subiendo con más rapidez que en otros países industrializados, estableciendo una nueva norma de lo posible en las poblaciones humanas.

Por el otro lado, la atención sanitaria japonesa recibe una proporción muy pequeña de la renta nacional (comparada con otros países industrializados), y hace poco un observador americano la describió como un «anacronismo» dentro de la sociedad moderna japonesa.<sup>82</sup> Y la percepción de Japón en el extranjero es de un país abarrotado, altamente estresante y bastante contaminado. Entonces, ¿cómo es posible encajar todo esto con las tendencias extraordinarias de esperanza de vida?

Uno de los patrones causales implícitos en la figura 5 parte de la excelencia económica, lleva a un aumento rápido en la renta personal y en la calidad de vida, y de ahí a una mayor sensación de autoestima colectiva y esperanza para el futuro. Varios observadores (no interesados por la salud comparativa sino por la competencia económica) han notado una sensación de orgullo y autoestima extraordinaria en los japoneses, fenómeno que tiene sus raíces en su rápido

---

<sup>81</sup> Marmot, M. and Davey Smith, G. «Why Are the Japanese Living Longer?». *British Medical Journal*. 1989; 299: 1547-51.

<sup>82</sup> Iglehart, J. «Japan's Health Care System-Part two, Health Policy Report». *New England Journal of Medicine*. 1988; 319 (17, October 27): 1166-72.

progreso económico. Como individuos, y como país, los japoneses se consideran más trabajadores, más inteligentes, más ricos... ¿Es posible que esta actitud conlleve beneficios para la salud también?

En cambio, las economías anteriormente planificadas de Europa del Este y la Unión Soviética ya llevaban años de pésimo rendimiento económico, hasta que los gobernantes, así como las poblaciones, se encontraron dispuestos a emprender una masiva reestructuración política. Durante este periodo largo de deterioro económico, la esperanza de vida en estos países se estancó e incluso bajó, a diferencia marcada de las mejoras de Europa del Oeste.<sup>83</sup>

La contaminación medioambiental y los estilos de vida poco saludables en estos países se citan con frecuencia, y está claro que forman parte de la explicación. Pero la observación es por lo menos congruente con la hipótesis de una relación entre la autoestima colectiva y la salud—una relación que se puede expresar a través de los estilos de vida poco saludables.

Los factores que van detrás del cambio del liderazgo mundial son sin duda complejos y diversos. Uno de los recurrentes temas explicativos, sin embargo, es la ventaja japonesa en el acceso al capital de bajo coste a plazo largo, que sirve para investigación y desarrollo, e inversiones en las instalaciones y equipo más tecnológicamente avanzados. Este capital de bajo coste lo genera la tasa alta de ahorro de los japoneses. Los Estado Unidos, en cambio, tiene una tasa de ahorro muy bajo y depende mucho de los ahorros prestados del resto del mucho—en particular, de Japón.

Para mantener una tasa elevada de ahorro, es necesario limitar el crecimiento de todo lo que tira de los recursos públicos y privados —como la atención sanitaria. La diferencia entre el gasto sanitario japonés y el americano llega a más de 5% de la renta nacional y podría explicar mucha de la diferencia entre las tasas de ahorro

---

<sup>83</sup> Hertzman, C. «Poland: Health and Environment in the Context of Socioeconomic Decline». HPRU 90: 2D. *Health Policy Research Unit*, University of British Columbia, Vancouver; January 1990.

de los dos países, (la diferencia en el gasto militar explica otra gran parte).

Se puede especular entonces que al limitar el crecimiento del sector sanitario, los japoneses han dejado libres recursos que antes se dedicaban a la inversión en capital físico e intelectual. El resultante aumento en la prosperidad, sobre todo comparado con sus principales competidores, ha mejorado la (ya bien desarrollada) autoestima nacional e individual, lo cual a su vez ha contribuido a una mejora notable en la salud.

Hay que resaltar que esto es solo un esquema general de un argumento posible, y no un caso bien desarrollado ni «evidencia». Hay otras explicaciones posibles de la longevidad japonesa—la dieta, por ejemplo, o el control prenatal, o las características peculiares de la sociedad japonesa que podrían ser protectoras del estrés, por otro lado, hay distintos tipos del estrés, y el que acompaña el éxito es menos perjudicial a la salud que el estrés que suele acompañar la frustración o el fracaso).

Igual de problemática es la evidencia que indica que los efectos ambientales sobre la mortalidad demoran muchos años en revelarse, lo cual indica que la esperanza de vida japonesa se puede deber a otros factores a lo largo de los últimos 50 años. En todo caso, lo que se ha observado es que los japoneses viven muchos años. Otra cosa es que tengan buena salud en un sentido más general. Pero el aumento en la esperanza de vida de Japón ha ocurrido en personas de todas las edades, con la mortalidad infantil más baja del mundo y vidas extendidas en los viejos. Habrá que investigarlo detenidamente.

No pretendemos atribuir el «declive del oeste» al sistema sanitario de los Estados Unidos, ni al conjunto de éste y los de Europa del Oeste, sino demostrar que el marco presentado en la figura 5 es capaz de permitir la consideración de una relación de este tipo. Su red de vínculos entre la salud, la atención sanitaria, la producción de la riqueza, y el bienestar de la población está lo suficientemente desarrollada para englobar la cuestión, sin llegar a paralizarse por la «interdependencia de todo».

VI.  
LOS MARCOS CONCEPTUALES:  
LOS PRINCIPIOS Y LA PRÁCTICA

A la hora de poner a prueba este marco conceptual, lo más importante es el grado en el que sirve a los demás como un conjunto de categorías para representar complejos patrones causales. El entendimiento de los determinantes de la salud, y la discusión, formulación, y evaluación de las políticas sanitarias, han sido impedidas por la perpetuación del marco conceptual de la figura 1, un marco incompleto, obsoleto, y erróneo. Hay un contexto todavía más amplio, pero para entenderlo, y sobre todo para facilitar una razonable y constructiva discusión pública, hace falta desarrollar un marco conceptual más adecuado. La figura 5 se presenta como posible paso en el camino.

En este capítulo, hemos indicado varios componentes integrales de dicho marco conceptual. Debe dar cabida a las distinciones entre las enfermedades, como el sistema sanitario las define y responde a ellas, la salud y las capacidades, como los individuos las perciben y las experimentan; y el bienestar, un concepto aún más general en el que la salud influye sin ser el único determinante. Debe desarrollar el marco conceptual, permitiendo y facilitando una consideración más sutil y más compleja de las respuestas conductuales y biológicas a los ambientes físicos y sociales. Por último, debe reconocer y fomentar la identificación explícita de las decisiones económicas implicadas en la distribución de los recursos escasos a la atención sanitaria a coste de dedicarlos a otras actividades importantes, que pueden a su vez beneficiar la salud y el bienestar.

A día de hoy, la política sanitaria, es decir, la que tiene que ver con la atención sanitaria, ha dominado las políticas de salud en la mayoría de las sociedades, debido a su mayor inmediatez y base científica. Se puede aceptar, en principio, el esquema de la figura 5, para luego cambiar todas las líneas causalidad a «enfermedades»; y las de «salud y capacidades» a líneas de puntos, dejando la que

proviene de la «atención sanitaria» en negrita. Así es la perspectiva de los investigadores sanitarios sobre la fiabilidad e importancia del vínculo entre la salud y la atención sanitaria.

Lo que se puede aprender de la experiencia internacional en la época post-Lalonde es que la conceptualización adecuada de los determinantes de la salud es necesaria, pero no suficiente para emprender una reforma seria de la política sanitaria. Los marcos conceptuales, incluyendo el que hemos propuesto aquí, solo representan el primer paso. Dicho de manera simple, para que sean útiles tenemos que usarlos.

## COMENTARIO

Lucy Anne Parker\*

Ildefonso Hernández-Aguado\*

Evans y Stoddart proponen un marco integral de los determinantes de salud. Partiendo de una definición más estrecha de salud —la ausencia de enfermedad— y un modelo de sus determinantes que implica únicamente la atención sanitaria, lo amplía gradualmente introduciendo factores más allá del sector sanitario como el ambiente físico o social. El manuscrito que se publicó en 1990 tenía ya una perspectiva de los determinantes de salud cercana a la comúnmente aceptada hoy en día. Una de las principales razones que llevan a estos autores a proponer este marco de los condicionantes de la salud subyace en la distancia que en esos momentos había entre el entendimiento sobre los amplios determinantes de salud y el enfoque principal de las políticas sanitarias circunscritas casi exclusivamente a la atención sanitaria. Sostienen que si no se enmarcan adecuadamente

---

\* Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

los problemas de salud de la población de forma que se establezcan claramente las conexiones causales entre los condicionantes y la falta de salud será difícil formular las políticas correctas. Desgraciadamente, la visión presentada por Evans y Stoddart es tan pertinente hoy, como en 1990. Sin duda se ha avanzado mucho en la comprensión del conjunto de los condicionantes sociales de la salud y desde luego hay propuestas para abordar estos determinantes; sin embargo, sigue habiendo barreras complejas que impiden la implantación de estas políticas y mientras tanto las desigualdades sociales en salud se están convirtiendo en un desafío cada vez más grave.

Precisamente, nuestro conocimiento de los determinantes sociales de salud ha recibido un gran impulso debido a la investigación sobre las causas de desigualdad en salud. Era necesario dar respuestas prácticas a preguntas como: ¿por qué en Mozambique la esperanza de vida al nacer es de unos 40 años, frente a los más de 80 en Japón?; ¿por qué observamos graves diferencias de salud según el nivel social de las personas residente en el mismo país o incluso mismo ciudad? -un ejemplo paradigmático de esto último es la extraordinaria diferencia de esperanza de vida entre personas residentes a tan sólo 10 kilómetros de distancia en la ciudad de Glasgow.<sup>84</sup> Para reunir evidencias sobre las causas de desigualdades y proponer las posibles soluciones la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. En 2008 se publicó su informe final «Subsanar las desigualdades en una generación»<sup>85</sup> en la cual, presenta una visión amplia de los determinantes de salud tanto sociales, como ambientales, económicos o políticos.

---

<sup>84</sup> Hanlon, P.; Walsh, D. and Whyte, B. «Let Glasgow Flourish. A comprehensive report on health and its determinants in Glasgow and West Central Scotland». Glasgow: Glasgow Centre for Population Health; 2006. [Accedido 03/11/2011]. Disponible en: [http://www.gcph.co.uk/assets/0000/0377/LetGlasgowFlourish\\_full.pdf](http://www.gcph.co.uk/assets/0000/0377/LetGlasgowFlourish_full.pdf)

<sup>85</sup> Commission of the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

Una de las consideraciones claves que hace la Comisión es sobre la relevancia de las condiciones de vida en la infancia para garantizar la salud. La importancia concedida a este tramo de vida se deriva de las investigaciones desarrolladas en los últimos decenios en el campo de la epidemiología social en lo que se ha denominado perspectiva de curso vital, aspecto casi ausente en el modelo de Evans y Stoddart. Las conexiones entre la infancia y la salud del adulto han sido ampliamente descritas y su importancia la resalta el propio Michael Marmot, coordinador de la Comisión, en su libro sobre los determinantes sociales de salud. Por ejemplo se ha visto que el bajo peso al nacer y otros indicadores de desarrollo pre-natal aumentan el riesgo de morir y de varias enfermedades crónicas en la vida adulta.<sup>86,87</sup> Los daños adquiridos desde el inicio de la vida, o incluso antes de nacer, se acumulan con otras exposiciones deletéreas que se dan con más frecuencia a medida que bajamos en el gradiente social durante el primer tramo vital. A esto se añade la falta de oportunidades para recibir una educación de calidad que conlleva a peores perspectivas laborales. El impacto que las exposiciones negativas durante la infancia y adolescencia tienen en la salud futura es de gran magnitud y sin embargo poco susceptible de ser percibido por la sociedad de forma que estimule la formulación de políticas apropiadas.

Evans y Stoddart ya reconocen la importancia del contexto social de los comportamientos individuales y critican los abordajes sobre estilo de vida por su tendencia a culpar al enfermo de su propia enfermedad. La importancia de considerar los múltiples niveles de influencia y el reconocimiento de que el estilo de vida es un determinante que en sí mismo está condicionado por factores sociales, ambientales, y políticos, muchas veces al nivel poblacional, ha sido ampliamente matizado en el modelo del «arco iris» de los

---

<sup>86</sup> Kajantie, E.; Osmond, C.; Barker, D.J.; Forsén, T.; Phillips, D.I. and Eriksson, J.G. «Size at birth as a predictor of mortality in adulthood: a follow-up of 350 000 person-years». *Int J Epidemiol.* 2005; 34: 655-63.

<sup>87</sup> Barker, D.J. «The fetal and infant origins of adult disease». *BMJ.* 1990; 301: 1111.

determinantes de salud de Dahlgren and Whitehead en 1993.<sup>88</sup> En él se expone claramente que los factores de la vida individual están condicionados por los redes sociales e comunitarias, que a su vez están condicionados por dónde vivimos o trabajamos, factores que a su vez están condicionados por características estructurales de la sociedad. Más allá de los comportamientos, Ichiro Kawachi y Lisa F. Berkman muestran en el libro de sobre vecindad y salud<sup>89</sup> como cada nivel puede tener su influencia, explorando como las características sociales y físicas del barrio dónde una persona vive determinan su salud y bienestar independientemente de sus comportamientos y características individuales.

Con respecto a los determinantes más estructurales de la sociedad, en el último modelo de Evans y Stoddart se introduce la prosperidad. Con ello reconocen que la salud de la población depende del progreso económico del país aunque matizan que el gasto sanitario no se correlaciona con los niveles de salud cuando se ha alcanzado un cierto nivel de riqueza. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud amplía el análisis de los determinantes macroeconómicos y sociales considerando la influencia del entorno político y económico con especial énfasis en la igualdad del poder, dinero y recursos.

Los avances en el conocimiento sobre los amplios determinantes de la salud están teniendo alguna repercusión al nivel político en los últimos 20 años. La puesta en marcha de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud por parte de la OMS en 2005 ha sido una acción clave para situar los determinantes sociales en la agenda política al nivel internacional. En mayo de 2009, la 62.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14 que supone una decidida llamada a la acción a los estados miembros para

---

<sup>88</sup> Dahlgren, G. Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London: King's Fund; 1993.

<sup>89</sup> Kawachi, I. and Berkman, L.F., Eds. *Neighbourhoods and Health*. New York: Oxford University Press; 2003.

«Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud»<sup>90</sup> y en el 2010, la OMS produjo una nueva publicación sobre equidad y determinantes sociales que intenta traducir el conocimiento actual en acciones concretas y factibles.<sup>91</sup> Por otra parte, en la Unión Europea, varias presidencias han propuesto iniciativas para dar prioridad a la equidad en salud en la agenda europea. En 2000 la presidencia portuguesa dio un impulso inicial sobre los condicionantes de salud que fue retomado por la presidencia británica en 2005 con la publicación de «Health Inequities: Europe in Profile».<sup>92</sup> En 2006 la presidencia Finlandesa presentó la iniciativa de salud en todas las políticas<sup>93</sup> en la cual reconoce la importancia de considerar el impacto en salud de las acciones en otros sectores de sociedad más allá del sanitario. Por otra parte, la reciente presidencia española de la UE eligió entre las áreas prioritarias a propuesta del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la reducción de las desigualdades sociales en salud. Esta iniciativa de la Presidencia española tenía por objeto contribuir a mantener y destacar los condicionantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades sociales en salud en la agenda política europea y era consistente con las iniciativas adoptadas en política interior. En España, en 2008, se creó la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España con el objeto de elaborar

---

<sup>90</sup> World Health Assembly (2009a). World Health Assembly resolution WHA62.14 on Reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization. [Accedido el 03/11/2011]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf)

<sup>91</sup> Blas, E. and Sivasankara Kurup, A., Eds. *Equity, Social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010.

<sup>92</sup> Mackenbach, J.P. «Health Inequalities: Europe in Profile». London: COI for the Department of Health; 2006. [Accedido el 03/11/2011]; Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf)

<sup>93</sup> Ståhl, T.; Wismar, T.; Ollila, E.; Lahtinen, E. and Leppo, K., editors. «Health in All Policies, prospects and potentials». Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006 [Accedido el 03/11/2011]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_information/documents/health\\_in\\_all\\_policies.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf).

una propuesta de intervenciones efectivas y aplicables en nuestro entorno. En mayo de 2010 la Comisión presentó el documento «Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España»<sup>94</sup> junto con un documento que había realizado previamente sobre el análisis de situación de las desigualdades en salud en España y las políticas para reducir las desigualdades en España y Europa.<sup>95</sup> Son tímidos avances que requerirán más esfuerzos para que la visión sobre el origen de los problemas de salud y las soluciones alcancen la agenda social y política. La situación de crisis generalizada puede facilitar la aplicación de otros enfoques para mejorar la salud de la población que no estén centrados en los servicios de atención sanitaria, pero podría ser sólo el pretexto para desarmar los sistemas públicos de salud para que cuando haya recuperación económica la provisión de servicios sea una fuente de negocio próspero y sigamos haciendo más atención sanitaria pero no más salud. Las invocaciones a que la salud es un bien privado que no dependen del estado no auguran nada bueno.

En resumen, el artículo de Evans y Stoddart sigue teniendo actualidad pues en salud pública aún no hemos dado con las claves para que los tiempos entre el conocimiento de las pruebas científicas y la aplicación de soluciones se acorten.

---

<sup>94</sup> Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [Accedido el 03/11/2011]. Disponible en: [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicar\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf)

<sup>95</sup> Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [Accedido el 03/11/2011]. Disponible en: [http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis\\_reducir\\_desigualdes.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf)

# 10

## LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA\*

Avedis Donabedian

Hemos concedido a las profesiones de la salud acceso a los sitios más secretos y sensibles de nosotros mismos, y les hemos confiado asuntos que conciernen a nuestro bienestar, felicidad y supervivencia. A cambio, hemos esperado que las profesiones se gobiernen a sí mismas de un modo tan estricto que no debamos temer explotación o incompetencia.

El objetivo de la evaluación de la calidad es determinar con qué grado de éxito se ha conseguido esto; y el propósito de la monitorización de la calidad es el ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido. Pero primero, debemos especificar qué es lo que se está evaluando y monitorizando.

---

\* Donabedian, A. «The quality of medical care». *Science* 1978; 200: 856-64.

Republicado con permiso de *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: S29-S38.

Reproducción autorizada por los propietarios del copyright para la traducción española en homenaje a la figura del profesor Donabedian. Versión española supervisada por Fundación Avedis Donabedian y Revista de Calidad Asistencial.

I.

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres factores: 1. el fenómeno que constituye el objeto de interés, 2. los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, 3. los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor. Como existe una considerable falta de claridad respecto a cada uno de estos tres elementos, el problema de la evaluación de la calidad está lleno de desacuerdos y de confusión. Con relación al fenómeno objeto de interés, la mayor división ocurre entre dos escuelas de pensamiento. La primera se limita al desempeño de un profesional o técnico de la salud —o bien un grupo de ellos relacionados entre sí de una manera funcional— en la atención de las personas que se han convertido en sus pacientes. La segunda presenta una visión más amplia e insiste en que el objeto de interés es un programa extenso o, incluso, un sistema de atención médica. Según este punto de vista, al juzgarse la calidad de la atención debe evaluarse no sólo lo que sucede a los que la reciben, sino también cuantas personas se encuentran privadas de ella. La evaluación también debe determinar si la distribución de atención médica, entre quienes la necesitan, permite que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual se pueden esperar beneficios óptimos. En otras palabras, el acceso y otros aspectos de la distribución de los recursos, así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad. Sin embargo, hay que señalar que estas características no están totalmente ausentes de la perspectiva más restringida, ya que los factores que influyen en el acceso a la atención lo hacen también en la posibilidad de continuar siendo un paciente dispuesto a cooperar. Además, el problema de la distribución de recursos está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan atención.

En el presente artículo me ceñiré a una visión un tanto restringida, basada principalmente en el desempeño de los médicos en su manejo de pacientes individuales. Respecto a los atributos sobre los cuales habrá de emitirse un juicio, se distinguen dos aspectos. Uno es la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente. El otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente.

No debe pensarse que dicha división en dos aspectos corresponde a la distinción entre la «ciencia» y el «arte» de la medicina. El balance de riesgos y beneficios de los procedimientos médicos en cada caso particular es, en sí, tanto una ciencia como un arte, dependiendo de cómo de explícitas y bien comprendidas sean las operaciones mentales que las determinan. De forma similar, el manejo de la relación interpersonal es en gran medida un «arte, debido básicamente a que no ha sido estudiado tan sistemáticamente como requeriría. De cualquier modo, tanto la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina, como el manejo de la relación interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de la atención médica, sobre todo desde el punto de vista del paciente. Por desgracia, en los estudios sobre la calidad de la atención se ha hecho hincapié en la primera y se ha tendido a ignorar la segunda, de modo que gran parte de lo que describiré a continuación será parcial.

Un atributo—el del coste— es tan importante para la política social que merece ser mencionado por separado. Tradicionalmente, al tratar las especificaciones abstractas de la calidad de la atención médica, se ha excluido su coste, como si esto no fuera un obstáculo y cualquier paciente tuviera acceso a todo cuanto la medicina puede ofrecer. Si bien esta posición tiene un sólido fundamento ético, ignora ciertas realidades importantes. Todo el mundo coincide en que no se debe hacer nada que no aporte beneficios al paciente o que implique más riesgos que beneficios. Tales maniobras son costosas

y denotan una falta de criterio del médico. Pero supongamos que únicamente se prescriben aquellos procedimientos de los que se espera un beneficio neto, según el nivel actual de conocimientos.

Cuando escasea el dinero, es lógico suponer que se usarán aquellos procedimientos en los que el beneficio neto resulte muy alto en relación al coste. Pero conforme aumenta la cantidad de dinero disponible, la atención se vuelve más elaborada y se van agregando procedimientos que proporcionan beneficios netos exiguos en relación al coste. Se llega a un punto en el cual, si se explicara la situación con claridad a un paciente que pagara por su propia atención, éste se negaría a someterse a más maniobras, después de haber decidido que el exiguo beneficio adicional no corresponde al coste adicional.

Según la definición de calidad que se ha adoptado en este artículo, el médico tendría la obligación de informar al paciente y a su familia del balance de riesgos y beneficios y del coste monetario del beneficio neto esperado, a fin de que fuera posible tomar una decisión conjunta sobre lo que debe hacerse y sobre el momento de detenerse; en función de estas consideraciones cabe esperar que la decisión varíe de un caso a otro. En términos más generales, este planteamiento lleva a la conclusión de que a cada incremento de la «calidad» corresponde un coste monetario, y de que se espera que los pacientes que consultan al médico decidan en qué momento la «calidad» adicional no tiene el valor del coste adicional y por lo tanto no se desea, lo cual equivale a decir que ya no se le puede llamar «calidad». Todo esto supone que cada paciente paga por sí mismo los costes y recibe el beneficio completo de la atención médica, suposición que en nuestro complejo mundo, no es válida.

Los seguros de enfermedad y los programas gubernamentales reparten el coste de la atención entre mucha gente. Los beneficios de la atención pueden extenderse a otras personas además de aquellas que la reciben directamente, y la sociedad puede hacer mayor hincapié en atender la salud de ciertos sectores—los niños, por ejemplo—que la de otros. Esto significa que la decisión social sobre

los casos que la calidad adicional no corresponde al coste adicional que puede diferir de la decisión del individuo.

De ahí que el médico tenga que enfrentarse a los intereses y deseos del paciente individual y las obligaciones que la sociedad le impone. El deseo, comprensible, de evadir este dilema moral puede explicar, en parte, la resistencia que han mostrado los médicos ante los intentos de imponer normas públicas para la calidad de la atención. Por desgracia, el médico parece estar condenado a que su trabajo se encuentre siempre ceñido a este dilema. En tiempos pasados, debía abstenerse de hacer lo que consideraba mejor para el paciente, cuando éste no podía sufragar los gastos; ahora quizá deba abstenerse de realizar algo que pudiera ser útil al paciente porque la sociedad lo limita. Pero antes, si sufría con esta situación, lo hacía en privado, mientras que hoy en día teme ser atacado públicamente.

## II. CRITERIOS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD

Con el fin de evaluar, la definición de la calidad debe hacerse en términos precisos y funcionales, a manera de criterios y normas específicos. Al hacerlo, nos enfrentamos a un problema fundamental. Si la calidad es una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso, ¿es posible formular especificaciones pormenorizadas de lo que constituye la calidad aplicable a grupos de casos? La mayoría de los médicos responderían negativamente. Insistirían en que una evolución definitiva de la calidad de la atención debe basarse en el conocimiento de todas las circunstancias de cada caso, de manera que un asesor reconocido por su habilidad superior pueda utilizar su propio criterio como norma de comparación, al reconstruir mentalmente el criterio que hubiera seguido para la atención del caso en esas circunstancias.

Dichas evaluaciones, que recurren a los llamados criterios «implícitos», resultan, desde luego, extremadamente largas y costosas. Son

también poco fiables, a menos de que las lleven a cabo médicos sumamente competentes, motivados y capaces de realizar evaluaciones. Además, la capacidad de cualquier asesor siempre puede ser cuestionada. Por ello, quienes pretenden mantener la atención médica bajo supervisión constante han recurrido al planteamiento de «criterios explícitos», que se supone representan una práctica médica a un nivel por lo menos aceptable.<sup>1</sup> En un extremo, estos criterios y normas representan lo que los expertos más sobresalientes, basados en los mejores datos científicos, consideran como la mejor práctica; y en el otro, pueden derivarse de la práctica promedio de los médicos de una comunidad. Obviamente, se esperaría que los límites y la presunta validez de estos dos planteamientos resultaran muy diferentes y, en la práctica, se podría hacer un intento de aceptar una posición intermedia.

Independientemente del criterio que se emplee, el aspecto de la validez resulta especialmente problemático, ya que no todo en la práctica médica se acepta de forma universal, ni se encuentra apoyado sólidamente por evidencia «científica». Esto significa que hay grandes dudas y controversias, cuando menos sobre algunos de los criterios y normas en casi cualquier planteamiento. Ello explica también por qué los médicos se resisten a ser juzgados según criterios y normas ajenos a los suyos propios. Los criterios explícitos formulados de antemano dan lugar a un problema más: es difícil que dichos criterios tomen en cuenta las diferencias específicas que existen entre los distintos casos. Esto se resuelve haciendo una sub-clasificación de los casos más o menos homogénea y dividiendo los criterios en dos tipos, que se pueden denominar «categóricos» y «contingentes».

Los criterios categóricos son listas de maniobras que simplemente deben o no deben realizarse en todos los casos que correspondan a una clase determinada.<sup>2</sup> Los criterios contingentes son listas de

---

<sup>1</sup> Payne, B.C. «Utilization Review: A Handbook for the Medical staff». Chicago (EE.UU.): *American Medical Association*, 1965.

<sup>2</sup> Jacobs, C.M; Cristoffel, T.H. and Dixon, N. «Measuring the Quality of Patient Care: The Rationale for Outcome Audit». Ballinger, Cambridge (Massachusetts, EE.UU.), 1976; 51.

maniobras que pueden o deben realizarse en algunos casos, pero no en otros, dependiendo de la naturaleza y de las circunstancias de cada caso. Un mayor refinamiento consiste en especificar la frecuencia con que se espera que cada maniobra se realice en una muestra «representativa» de los casos de una determinada clase.<sup>3</sup>

La mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en que los criterios explícitos, formulados de este modo, son recursos útiles para identificar los casos sospechosos de no cumplir los estándares y que el grado de concordancia constituye una medida aproximada de calidad. No obstante, la mayoría de los médicos no insistirá en que en ningún caso dado se puede basar un juicio definitivo en la concordancia de los criterios que, se supone, son aplicables al «caso promedio». Aún hace falta someter todo caso de atención dudosa a un juicio por parte de los médicos expertos, a quienes se les proporcionen todos los datos relevantes y de quienes se espere que no sólo utilicen los criterios explícitos sino también el conjunto, mucho más amplio, de criterios implícitos que rigen la atención de los individuos en toda su complejidad.

De lo anterior se deduce que la mayoría de los sistemas de monitorización de la calidad de la atención se realiza en dos etapas: en la primera se identifican los casos que no cumplen los criterios explícitos; en la segunda se someten dichos casos a un examen detallado por parte de otros médicos, práctica que es conocida como «revisión por colegas» («peer review»). Se puede recurrir a asesores externos, en lugar de los colegas, cuando haya oposición al juicio inicial, cuando una agencia externa tenga la responsabilidad inicial o de supervisión, o bien cuando se esté llevando a cabo una investigación. Esta combinación de un estudio inicial seguido de un examen detallado en el seno de la organización que proporciona la atención, o fuera de ella, cumple con los objetivos de la monitorización, siempre que se tenga la voluntad y la capacidad para emplearla en forma adecuada. Sin embargo, no llena por completo los

---

<sup>3</sup> Slee, V.N. *Ann Intern Med* 1974; 81:97.

requisitos más rigurosos de un inicio válido y fiable sobre calidad de la atención. Para ello es necesario especificar al detalle las estrategias adecuadas de atención, juzgadas según los beneficios que proporcionan y los riesgos y costes que implican. Más adelante trataré este punto.

### III. APROXIMACIONES A LA EVALUACIÓN

De lo anterior puede deducirse que la evaluación de la calidad consiste en un juicio sobre el proceso de la atención, proporcionado por los técnicos y profesionales, en forma individual o colectiva. Cuando no se cuenta con información directa sobre dicho proceso o cuando ésta resulta incompleta, se pueden deducir algunas cosas sobre el «proceso», estudiando cosas sobre el «proceso», estudiando la «estructura» o el «resultado».<sup>4</sup> Se entiende aquí por «estructura» los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención. Se incluyen en ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos, etcétera. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios. Las conclusiones del análisis de la estructura pueden ser seriamente cuestionadas debido a que aún se comprende poco sobre la relación entre el proceso y la estructura.

Hay bases más sólidas para emplear el análisis del «resultado» cuando se quiere determinar la calidad de la atención prestada con anterioridad.

Los resultados de la atención son, básicamente, cambios en el estado de la salud que se pueden atribuir a dicha atención. Una visión más amplia incluye los cambios en los conocimientos relacionados

---

<sup>4</sup> Donabedian, A. «Milbank Mem Fund Q» 1966; 44: 166.

con la salud y en las actitudes y el comportamiento del paciente.<sup>5</sup> El estado de salud en sí puede ser considerado, desde una perspectiva limitada, como una función física y fisiológica; o, desde una perspectiva más amplia, que también las funciones psicológicas y el desempeño social.<sup>6</sup> De hecho, se están realizando numerosas investigaciones con el fin de idear alguna forma que combine estos elementos en una medida única, que refleje, no sólo la supervivencia sino también la calidad de aquella vida.<sup>7</sup> Si se logra idear este tipo de medida, se podría expresar la calidad de la atención en términos de su aportación a la duración y a la calidad de vida. En otras palabras, la calidad de la atención es proporcional al grado de la mejoría de la calidad de la vida que logre brindar, suponiendo que el coste no constituya un obstáculo.

En los últimos años, este planteamiento, que resulta lógico y atractivo, ha ganado numerosos adeptos e intensificado la controversia entre quienes dan prioridad a la evaluación del proceso y quienes se basan completamente en el resultado. En mi opinión, dicha controversia surge de una concepción errónea. La evaluación de la calidad no es una investigación clínica destinada a establecer la relación entre el proceso y el resultado. Es un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en lo que ya se sabe de esa relación, tomando en cuenta los límites actuales de la ciencia médica. Es cierto que los elementos del proceso pueden emplearse como indicadores de la calidad únicamente cuando existe una relación válida entre estos elementos y los resultados deseados; también lo es que los resultados específicos pueden usarse como indicadores de la calidad sólo en la medida en que exista una relación válida entre ambos. De esta

---

<sup>5</sup> Sanzaro, P.J. and Williamson, J.W. *Medical Care* 1968; 6: 123. «Starfield B. *Milbank Mem Fund Q*» 1974; 52: 39.

<sup>6</sup> Breslow, L. «*International Journal of Epidemiology*» 1972; 1: 347.

<sup>7</sup> Fanshel, S. and Bus, J.W. *Oper Res* 1970; 18: 1021. Berg, R.L., ed. *Health Status Indexes*. Hospital Researches and Educational Trust, Chicago, 1973. Ellinson, J., ed. *International Journal of Health Services* 1976; 6: 377-538. Varios autores. *Health Services Research* 1976; 11: 332-528.

manera, la validez reside no en la selección de elementos del proceso o del resultado, sino en lo que se sabe acerca de su relación. Si existe una relación válida, puede usarse cualquiera de las dos (depende de cuál pueda ser medido con mayor facilidad y exactitud); pero si no existe, no puede usarse ninguno.

#### IV. ESTUDIOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Las categorías de todo estudio de la calidad de la atención médica pueden ser tan variadas y la agrupación de las características tan confusa que ha resultado imposible elaborar una clasificación sencilla y satisfactoria. En el presente trabajo ignoré los estudios que dependen principalmente de evaluaciones de la estructura, y para los restantes utilizaré la clasificación de la Tabla 1.

Una breve revisión de algunos estudios tomados de esta clasificación puede ilustrar y originar preguntas sobre algunos métodos específicos de evaluación, al tiempo que proporciona información sobre algunos factores que influyen en el desempeño de las actividades de atención. Sin embargo, como algunos de estos estudios son viejos y la mayoría analiza situaciones muy limitadas, no es posible extraer conclusiones sobre niveles de calidad en general, más allá de afirmar que cada vez que la calidad de la atención ha sido examinada se encuentran graves y extensas deficiencias.

Por lo que respecta a los niveles de calidad prevalecientes en los Estados Unidos o en cualquier otro país, tenemos que confiar en medidas generales de longevidad, mortalidad, morbilidad, el uso y distribución de los servicios, la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y otras similares. Aunque estos aspectos son importantes, están influidos por tal cantidad de variables no examinadas que sería temerario valerse de ellos para hacer afirmaciones seguras.

TABLA 1  
CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS  
DE LOS ESTUDIOS DE CALIDAD

- I. Estudios principalmente de la estructura.
- II. Estudios principalmente del proceso.
  - I. Observación directa de la práctica.
  - II. Estudios Basados en el registro médico.
    - I. La presencia o ausencia de determinados elementos fundamentales de la atención.
    - II. Justificación de la cirugía y otros procedimientos de importancia.
    - III. Auditorias que utilizan criterios explícitos.
    - IV. Auditorias que utilizan criterios implícitos.
- III. Estudio principalmente del resultado.
  - I. Morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad en comunidades y poblaciones.
  - II. Medidas más refinadas de morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad.
    - I. Sucesos adversos susceptibles de prevención.
    - II. Progresión de enfermedades susceptibles de prevención.
    - III. Resultados de diagnóstico específico.
    - IV. Mortalidad y morbilidad posoperatorias.
  - III. Atribución de responsabilidades en situaciones diversas.
    - I. Con especificación previa de los resultados esperados.
    - II. Sin especificación previa de los resultados esperados.
- IV. Estudios que combinan proceso y resultado para demostrar los efectos del sistema.
  - I. «Trayectorias».
  - II. «Rastrea dores» («tracers»).
- V. Evaluación de las estrategias.
  - I. Mapa de criterios.
  - II. Prueba de las estrategias.
    - I. Con modelos.
    - II. Con pruebas clínicas.

V.  
ESTUDIOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN

La reputación de los médicos entre sus colegas surge, en gran parte, de las oportunidades que tienen para observarse unos a otros en el trabajo. El que la práctica se encuentre abierta a dicha observación constituye, en realidad, una garantía considerable, un argumento convincente a favor de la práctica organizada. Por ello resulta de especial interés descubrir el primer uso importante de una observación directa y formal con miras a la situación de la calidad del trabajo a un estudio sobre la práctica rural general, ese rincón de la medicina aislado y secreto.<sup>8</sup>

El método que se siguió consistió en que un médico competente, con el permiso de su anfitrión, observara a éste cuando atendía a los pacientes que iban a su primera consulta a causa de una primera enfermedad. De esta manera, fue posible para el observador juzgar si el examen físico era exhaustivo, si era apropiado realizar pruebas subsiguientes y si el tratamiento era el adecuado. Como resultado, se encontró que el 25% de los médicos cualificados como buenos o mejores que el común, mientras que en el 44% el desempeño se juzgó por debajo de un nivel «promedio» o aceptable. En general, los mejores médicos eran los más jóvenes, visitaban a sus pacientes previa cita y tenían acceso a los servicios de laboratorio; pero, sobre todo, la mayoría de ellos había tenido un periodo de entrenamiento en medicina interna, después de haberse graduado de la facultad de medicina. Todas éstas son características estructurales que facilitan una mayor atención, si bien no la garantizan. Otros estudios con el mismo enfoque sugieren que en otros países la práctica general puede presentar características y obstáculos similares.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Paterson, O.L.; Andrews, L.P.; Spain, R.S. and Greenberg, B.G. 21 parte. *J Med Educ* 1956; 31.

<sup>9</sup> Clute, K.F. «The General Practitioner: A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia». Toronto, Canada: University of Toronto Press, 1963. Jungfer, C.C. and Last, J.M. *Medical Care* 1964; 2: 71.

Un estudio sobre la interacción en personal de enfermería en pacientes tomados al azar en determinados hospitales del área de Detroit,<sup>10</sup> muestra que la observación de la práctica es un método con mayor aplicabilidad. Más interesantes que los niveles de desempeño encontrados, fueron los hallazgos que suponen diferencias relacionados con las características de los pacientes. Algunos aspectos de la atención de enfermería tendían a ser menos satisfactorios para los sujetos no pertenecientes a la raza blanca, para los pacientes que se encontraban en pabellones con muchas camas, para aquellos que tenían cáncer con mal pronóstico, para las mujeres jóvenes y los hombres ancianos. Debido a la naturaleza de dicho estudio, estos ejemplos no deben tomarse como definitivos, pero ilustran un problema de enorme importancia social: la medida en la que puede variar la calidad de la atención de acuerdo con las características sociales o económicas de los pacientes, ya sea porque las instituciones que proporcionan la atención sean distintas, o bien porque las mismas instituciones tengan una conducta discriminativa.

Por supuesto, la observación directa de la práctica resulta costosa y requiere de mucho tiempo. Puede también alterar la conducta observada; pero quienes han recurrido a ella afirman que pronto se olvida la presencia del observador y el individuo comienza a seguir su rutina habitual. El análisis de las historias clínicas es más discreto y se puede someter con mayor facilidad al juicio de varias personas. Sin embargo, presenta limitaciones en cuanto a que la historia clínica sea completa y veraz, sobre todo en la práctica ambulatoria. Por ello se ha criticado este método en el sentido de que constituye una evaluación de los expedientes más que de la atención propiamente dicha. A ello se ha respondido que la historia clínica es un elemento importante de la atención y que existe una relación entre su calidad y la atención misma.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Janzen, E. «Quality Nursing Care Assurance: Initial Survey». Documento leído en la reunión anual de la APHA. Nueva Orleans, EE.UU., 23 de octubre de 1974.

<sup>11</sup> Rosenfeld, L.S. *Amer J Public Health* 1957; 47: 856. Lyons, T.F. and Payne, B.C. *Medical Care* 1974; 12: 714.

El análisis de la historia clínica varía en grado considerable en cuanto a la amplitud y los detalles. En un extremo, se busca sólo información sobre un pequeño número de elementos centrales que son importantes en sí y que además pueden ser tomados como representativos de ciertos aspectos de la atención que no se observan directamente. Dichos elementos centrales, o índices, pueden formularse de tal manera que resulten aplicables a todos los pacientes o subgrupos de pacientes integrados de acuerdo con la edad, el sexo, el diagnóstico, etcétera. Por ejemplo, en las historias clínicas ambulatorias se pueden investigar con qué frecuencia se mide la presión arterial, se realizan exámenes rectales y vaginales, se explora el fondo del ojo y los oídos con los instrumentos adecuados, se vacuna a los niños, se realizan cultivos de estreptococos en niños que padecen molestias en la garganta y exámenes de orina en las mujeres embarazadas, se prescriben sedantes, tranquilizantes y antibióticos, se aplican inyecciones en casos en que el medicamento podría haberse suministrado por vía oral, etcétera.<sup>12</sup> Los expedientes hospitalarios permiten elaborar listas mucho más extensas de dichos indicadores, y existe una mayor seguridad de que aparecerá en el expediente la información requerida.<sup>13</sup> Un tipo de investigación al que se recurre con frecuencia consiste en detectar los reportes de los hallazgos anormales de laboratorio que según los médicos requieren atención y en determinar con qué frecuencia estos casos pasan desapercibidos, siendo ignorados o tratados en forma inadecuada. Por ejemplo, en la clínica general de un hospital universitario no se siguió cerca de la quinta parte de dichas alteraciones,<sup>14</sup> y en un hospital de zona más de la mitad de los hallazgos anormales fueron ignorados o tratados

---

<sup>12</sup> Ciocco, A. and Hunt, H. Altman 1. *Public Health Rep* 1950; 66: 21. Anderson H. *Amer J Public Health* 1969; 59: 275. Rosenberg, S.N; Gunston. C.; Berenson, L. and Klein, A., *ibid.* 1976; 66: 21. Brook, R.H. and Williams, K. *Medical Care* 1976; 14 (Supl.).

<sup>13</sup> Eislee, C.W.; Slee, V.N. and Hoffmann, R.G. *Ann Intern Med* 1956; 44: 144. Léase también la referencia 3.

<sup>14</sup> Huntley, R.R.; Steinhäuser, R.; White, K.L.; Williams, T.F.; Martín, D.A. and Paster-nack, B.S. *J Chronic Dis* 1961; 14: 630.

de forma inadecuada.<sup>15</sup> Generalmente, cuando se reúnen los resultados de las investigaciones encaminadas a determinar los elementos fundamentales de la práctica, resulta asombroso lo variable de ésta y la frecuencia con que parece apartarse de las normas de una atención supuestamente buena.

Los avances en la recopilación y el procesamiento de los datos han estimulado el uso de este enfoque en torno a la evaluación y el seguimiento, y han ampliado su utilidad en gran medida. Los datos que aparecen en los expedientes de la consulta externa, los resúmenes de las gráficas de los pacientes hospitalizados y las demandas de pago referidas a compañías aseguradoras y programas gubernamentales, pueden alimentar un ordenador para ser procesados y confrontados con información previamente almacenada sobre el paciente, el médico o el hospital y sus divisiones. De esta manera, a las aberraciones de la práctica pueden identificarse, localizarse y ser examinadas más detalladamente, si su presencia o importancia lo justifica.

Además de arrojar una luz escrutadora, capaz de exponer y avergonzar al médico, el ordenador puede ser también amigo y aliado. Es posible diseñar un sistema de información que ponga al médico en estado de alerta cuando ocurran ciertos sucesos críticos determinados previamente, de manera que pueda intervenir si le parece adecuado. Como la causa aparente de muchos «errores» de la atención es la falta de ésta, más que la ignorancia, el control con ayuda informática podría constituir una importante garantía de la calidad de la atención.<sup>16</sup>

La justificación de las intervenciones quirúrgicas y de otras maniobras de importancia significan un avance desde el uso de indicadores mejorables de calidad hasta el empleo de evaluaciones más amplias y definitivas de calidad de la atención. En la misma justificación de la cirugía, se puede someter a la recomendación inicial a

---

<sup>15</sup> Williamson, J.W.; Alexander, M. and Miller, G.E. *J Am Med Assoc* 1967; 201: 938.

<sup>16</sup> McDonald, C.I. *Ann Intern Med* 1976; 84: 162. Bennett, G.O.; Winnickoff, R.; Dorsey, J.L. and Morgan, M. «Assessing Physician Performance in Ambulatory Care». San Francisco, EE.UU.: *American Society of Internal Medicine*, 1976; 140-56.

verificación por parte de uno o más médicos consultores; esta forma de actuar es algo que ya exigen varias compañías de seguros. En uno de esos programas los consultores estuvieron en desacuerdo con la recomendación inicial en el 18% de los casos, y hubo grandes diferencias de opinión en cuanto al diagnóstico, que oscilaban del 10% para cirugía de mama al 34% para operaciones ortopédicas.<sup>17</sup> Obviamente se puede cuestionar la mayor validez de la segunda opinión, y ésta sólo se puede verificar investigando lo que sucede a las personas que son operadas y a las que son descartadas. En un estudio de este tipo se encontró que el 30% de estas últimas fueran operadas de todas maneras; la mitad porque desoyeron la recomendación de no operarse y la otra porque seguían presentando síntomas.<sup>18</sup>

En cuanto a aquellos que ya han sido operados, se pueden seguir dos pasos para una justificación más rigurosa. El primero consiste en determinar si el tejido extirpado se encuentra lo suficientemente afectado como para justificar la operación. Este procedimiento es tan sencillo y tan útil que se ha convertido en norma de todo hospital bien administrado.

Su validez depende, en parte de la habilidad y la integridad del patólogo, quien actúa como conciencia del hospital al sostener el espejo en el que se reflejan los fallos. Sin embargo, independientemente de la pericia con que se valore el tejido que se extirpó, la justificación de la cirugía no puede basarse únicamente en ese juicio. La decisión de operar depende del balance entre los riesgos que implica operar cuando no es necesario y los que implica no operar cuando sí es necesario; incluso la mejor de las decisiones puede traer como consecuencia la extirpación de un tejido normal. Por eso, para todo juicio definitivo debe darse un paso más allá de juzgar las condiciones del tejido extirpado, tomándose en cuenta algunas circunstancias adicionales del caso.

---

<sup>17</sup> McCarthy, E.G. and Widmer, G.W. *N Engl J Med* 1974; 291: 1331.

<sup>18</sup> McCarthy, E.G. «Mandatory and Voluntary Second Opinion Programs in the Greater New York Area With National Implications». Conferencia Dorothy R. Eisenberg. Escuela de Medicina de Harvard, EE.UU., 1976.

Una comparación entre las apendicetomías realizadas en hospitales comunitarios y hospitales docentes de Baltimore arroja luz sobre varios de estos problemas.<sup>19</sup> En los hospitales docentes, que supuestamente representan la mejor práctica, cerca de la tercera parte de los tejidos extirpados eran normales y no mostraban indicios claros de enfermedad; la proporción era la misma para los pacientes sostenidos por el gobierno que para los pacientes privados que pagaban directamente o a través de un seguro. En los hospitales comunitarios la proporción de apendicetomías en las que el tejido estaba en condiciones normales o casi normales era superior y variable según la forma en que el paciente pagara el hospital y el médico. La proporción fue del 40% para los pacientes del sistema público; del 42% para los que pagaban por sí mismos; del 50% para los que contaban con un seguro distinto al de la compañía Blue Cross, y del 55% para aquellos que contaban con seguro Blue Cross.

Aunque los resultados de este estudio no pueden ser considerados definitivos, cabe preguntarse si el hecho de contar con una protección casi total respecto coste de la atención médica, ya sea mediante un seguro privado o uno del sistema público contribuirá a elevar en gran medida las probabilidades de ser sometido a la cirugía «innecesaria». La evidencia sugiere una respuesta afirmativa. Los índices quirúrgicos varían mucho dentro de los EE.UU. y de un país a otro. Estas diferencias están relacionadas, por lo menos hasta cierto punto, con el número de cirujanos.<sup>20</sup>

La cirugía también es más frecuente cuando los cirujanos trabajan solos y se les paga por operación que cuando trabajan en grupo y se les paga un salario fijo.<sup>21</sup> Si bien la conclusión de que se practica mucha «cirugía innecesaria» está justificada, también es cierto

<sup>19</sup> Sparling, J.F. *Hospitals* 1962; 36: 62; 56.

<sup>20</sup> Lewis, C.E. *N Engl Med* 1969; 281: 880. Bunker, J.P., *ibid.* 1970; 282: 135. Wennberg, J. and Gittelsohn, A. *Science* 1973; 182: 1002. Lichtner, S. and Pflanz, N. *Medical Care* 1971; 9: 311. Vayda, E. *N Engl J Med* 1973; 289: 1224.

<sup>21</sup> Donabedian, A. *Inquiry* 1969; 6: 4. Roemer, M.I. and Schonick, W. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 289: 271.

que no se ha establecido por completo el índice apropiado de intervenciones. Una manera común de probar qué tan adecuada resulta la cirugía, en casos de difícil decisión, consiste en que el paciente pregunte a su médico que haría si se tratara de su familia. Si se hubiera realizado esta prueba, a más de la mitad de las mujeres se les habría extirpado el útero cuando llegaran a una edad muy avanzada; esta proporción es mucho más alta que la que se considera de por sí elevada, del 35% de la población femenina en general.<sup>22</sup>

Se puede obtener una evaluación más completa de la atención médica y quirúrgica con los indicadores críticos de la atención, de manera que abarquen las listas más extensas de criterios explícitos para cada diagnóstico explícito, a las cuales ya he hecho mención.

El porcentaje de concordancia con dichos criterios, atribuyendo a los diferentes componentes pesos iguales o diferentes, puede tomarse como una medida sumaria de la calidad de la atención. El estudio de una muestra de casos hospitalarios de Hawai en el que se usó este método es particularmente notable, ya que proporciona una visión poco común de una parte importante de la atención a una población grande en su ambiente natural. El resultado del desempeño total fue del 71% de lo que se hubiera considerado como una concordancia perfecta de criterios. Por desgracia, no se ofrece una distribución de frecuencia de los resultados, y tampoco podemos juzgar si el 70% es un porcentaje bueno, malo o mediano. La aplicación del mismo método a una muestra concedidamente sesgada la atención de consultorio en Hawaii, dio el funesto resultado de 41% con respecto a una concordancia total, valorada a partir de la información que aparece en las historias.<sup>23</sup>

En mi opinión, un juicio decisivo de la calidad de la atención para cada caso no puede apoyarse únicamente en la concordancia con los criterios explícitos; debe basarse en una revisión de todos los

---

<sup>22</sup> Bunker, J.P. and Wm B. Brown Jr. *N Engl J Med* 1974; 290: 1051.

<sup>23</sup> Payne, B.C.; Lyons, T.F.; Dwarhius, L.; Kolton, M. and Morris, W. «The quality of Medical Care: Evaluation and Improvement». Chicago, EE.UU.: *Hospital Research and Educational Trust*, 1976.

hechos conocidos, por uno o más expertos, para llegar a emitir un juicio. El estudio de la calidad de la atención hospitalaria recibida por miembros de la Unión de Camioneros de la ciudad de Nueva York, constituye un ejemplo de esta tradición. Se les dio a dos médicos eminentes, por separado, el expediente completo de cada caso y se les pidió que valorasen la atención médica tomando como criterio la manera como hubieran tratado el caso. El resultado fue que opinaron que le 43% de los casos había recibido una atención médica no «óptima».<sup>24</sup>

Tanto en el estudio de Hawaii como en el de los camioneros se intentó detectar los factores relacionados con la calidad de la atención. Si se toman ciertas libertades, se puede elaborar con ellos un cuadro compuesto.<sup>25</sup> El principal factor relacionado con la calidad de la atención hospitalaria es la naturaleza del propio hospital. La mejor atención se da en los hospitales grandes, urbanos, afiliados a una universidad, y suele ser peor en los hospitales pequeños, ya sean urbanos o rurales. Otro factor es la especialización del médico: su influencia favorable es menor y se la advierte sólo cuando la práctica se limita a su área; pero toda vez que sale de esta puede resultar peor que un médico general. La importancia que otorga el hospital a la garantía de la calidad es mayor para el médico general, mientras que, fuera de los mejores hospitales, la especialidad del médico constituye la garantía más importante. Los médicos que trabajan en grupos grandes proporcionan la mejor atención hospitalaria; pero parece que esto se debe, sobre todo a que algunos son especialistas. En el caso de la atención ambulatoria, la práctica de grupo tiene una pequeña ventaja sobre la individual, pero los datos al respecto son más fidedignos. Quizá más importante que todas estas asociaciones sea la observación de que una gran parte de las variaciones

---

<sup>24</sup> Morehead, M.A. and Donaldson, R., et al. «A Study of the Quality of Hospital Care Secured by the Sample of Teamster Family Members in New York City». Nueva York, EE.UU.: *Columbia University School of Public Health*, 1964.

<sup>25</sup> Esto incluye información de un análisis más amplio de los datos de Payne, et al. En: *Rhee S. Medical Care* 1976; 14: 733.

en el desempeño aún no ha podido ser explicada, lo cual indica que nuestras medidas pueden ser defectuosas que no comprendemos muchas cosas acerca de los factores determinantes del desempeño.

## VI. ESTUDIOS DEL RESULTADO DE LA ATENCIÓN

La incidencia y la pre-evaluación de enfermedad e incapacidad, la incidencia de mortalidad y los niveles de longevidad son indicadores obvios de la salud de una población. Sin embargo, la atención médica hace sólo una aportación más bien pequeña entre los múltiples factores sociales y biológicos que determinan dichos resultados. Se necesita un refinamiento considerable para revelar los efectos de la calidad de la atención.

Los resultados pueden tomarse como medidas más precisas y específicas si se realiza una selección cuidadosa, de manera que correspondan con las categorías específicas de los pacientes, se puedan prevenir o lograr mediante una buena atención médica, y sean valorados únicamente después de haber corregido las características que influyan sobre el grado de éxito que se puede esperar, incluso de la mejor atención médica. Recientemente se ha ofrecido a manera de indicadores de calidad de la atención en las comunidades, una lista densa de medidas que se cree responden a la atención.<sup>26</sup> También se ha sugerido que la etapa en la cual comienza a atender las enfermedades, o en la cual se admite por primera vez al paciente en el hospital, indicando algo sobre el grado de facilidad con que se logra el acceso a la atención y sobre la calidad de ésta.<sup>27</sup> Para determinados diagnósticos y condiciones es también posible especificar

---

<sup>26</sup> Rutsein, D.D.; Berenberg, W.; Chalmers, T.C.; Child III, C.G.; Fishman, A.P. and Perrin, E.B. *N Engl J Med* 1976; 294: 582.

<sup>27</sup> Gonnella, J.S. and Goran, M.J. *Medical Care* 1975; 13: 467. Gonnella, J.S.; Louis, D.Z. and McCord, J.J. *Medical Care* 1976; 14: 13.

los resultados cuya medición sería más útil, cuando medir esos resultados y cuáles son las características del paciente que se deben de tomar en... a fin de aislar la aportación de la atención médica para lograrlos. Es mucho más difícil especificar el grado en que las variaciones en la calidad de la atención se reflejan en dichos resultados.<sup>28</sup>

Se puede considerar que el análisis de la mortalidad y la morbilidad postoperatorias representa el tipo de es... sobre los resultados que tienen mayor especificidad y refina... Se sabe desde hace mucho tiempo que el índice de mortalidad postoperatorio varía considerablemente de un hospital a otro. Un ejemplo digno de atención es aquel en el que se observó una diferencia de 25 veces entre 34 centros médicos. Al corregir las diferencias entre los diversos centros médicos. Al corregir las diferencias entre los diversos centros médicos (en cuanto a factores como el tipo de operación, la edad y el estado físico del paciente), la amplitud se redujo a una diferencia de siete veces en algunas operaciones y de tres en otras.<sup>29</sup> Estas grandes diferencias, carentes de explicación, resultaron a tal grado inquietantes que se realizó otro estudio en el que se hicieron todos los esfuerzos para corregir las características de los pacientes que pudieron haber ocasionado las diferencias observadas. Persistieron las diferencias reales y significativas, lo cual indica que las posibilidades de que se presenten complicaciones graves o muertes después de las mismas operaciones en pacientes con características similares pueden ascender al doble o al triple en algunos hospitales con respecto a otros.<sup>30</sup> Sospecho que aun estas grandes diferencias no bastan para ilustrar todo el problema ya que no es seguro que en situaciones de alto riesgo los beneficios derivados de las operaciones superen siempre a los riesgos.

---

<sup>28</sup> Brook, R.H.; Davies-Avery, A.; Greenfield, S.; Harris, L.J.; Lelah, T.; Solomon, N.E. and Ware, Jr. J.E. *Medical Care* 1977; 15 (Supl.).

<sup>29</sup> Moses, L.E. and Mosteller, F. *J Am Med Assoc* 1968; 203: 422.

<sup>30</sup> Scott, W.R.; Forrest, Jr. W.H. and Brown, Jr. WnB. «Organizational Research in Hospitals». Shortell, S.M. and Brown, M. eds. Chicago, EE.UU.: *Blue Cross Association*, 1976; 72-89.

Cuando los resultados son usados para el seguimiento de la atención médica en una institución o programa, se requiere un análisis cuidadoso de todos los sucesos adversos de mayor importancia, a fin de mejorar las prácticas futuras.<sup>31</sup> Los médicos pueden ser más conscientes de las consecuencias de sus actos si se les convence de que especifiquen en forma anticipada que mejoría esperan en la salud de los pacientes de determinadas categorías, de manera que sus logros se puedan comparar con sus expectativas.<sup>32</sup> Pero ya sea que los resultados esperados se especifiquen o no con anticipación no hay forma de evadir la responsabilidad de examinar y evaluar la propia atención. Tales evaluaciones «retrospectivas» también pueden servir como una herramienta básica para la investigación. Los estudios tempranos sobre la mortalidad materna y neonatal de la Academia de Medicina de Nueva York, constituyen ejemplos notables. En el periodo de 1930-1932, se estimó con base a un cálculo «conservador», que el 66% de las muertes de mujeres durante el parto podría prevenirse, y el 61% de dichas defunciones se atribuyó a errores de criterio o técnica por parte del médico.<sup>33</sup> En el período de 1950 a 1951 se estimó que el 42% de las muertes de recién nacidos no prematuros podía haberse prevenido y cerca del 80% de las muertes susceptibles de prevención se debía a errores de criterio y técnica del médico.<sup>34</sup> En ambos estudios el tipo de hospital y las aptitudes del médico influyeron en grado considerable en los resultados, que equivalían a la vida misma. Estos hallazgos, profundamente inquietantes, dieron lugar a que se introdujeran una serie de controles, incluyendo

---

<sup>31</sup> SOSSUS Subcommittee on Quality of Surgery. *Surgery in the United States*. Chicago, EE.UU.: The American College of Surgeons and the American Surgical Association, 1976; 2132-55.

<sup>32</sup> Williamson, J.W. *J Am Med Assoc* 1971; 218: 564.

<sup>33</sup> New York Academy of Medicine, Committee on Public Health Relations. *Maternal Mortality in New York City: A Study of AH Puerperal Deaths, 1930-1932*. Nueva York, EE.UU.: Oxford University Press, Commonwealth Fund, 1933.

<sup>34</sup> New York Academy of Medicine. Committee on Public Health Relations, *Perinatal Mortality in New York City: Responsible Factors*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1955.

revisiones de todas las muertes; a estos controles se ha atribuido parte de las mejoras registradas desde entonces. No obstante, un examen reciente de las tendencias de la mortalidad materna, en Michigan, de 1950 a 1970, indica que pese al descenso notable de la mortalidad, el porcentaje de muertes «susceptibles de prevención» ha aumentado de forma marcada; de alrededor del 60% a cerca del 80%.<sup>35</sup> Cuanto más se elevan los estándares de atención parece más difícil alcanzar la perfección.

## VII.

### COMBINACIÓN DEL PROCESO Y EL RESULTADO

Existen dos métodos para evaluar la calidad de la atención que se pueden clasificar en una categoría aparte, ya que están diseñados para mostrar ciertos elementos de un sistema de atención, valiéndose de una combinación de mediciones del proceso y el resultado. El primero puede ser llamado el método de «trayectoria», que consiste en seleccionar una o más enfermedades o condiciones y en seguir a los pacientes, desde el momento en que solicitan la atención hasta cierto tiempo después de que esta se ha dado por terminada. De este modo es posible examinar los pasos en una secuencia que constituye, con demasiada frecuencia, una odisea de fallas acumuladas, y también documentar el efecto final de esta experiencia sobre la salud del paciente. En un estudio de este tipo, los iniciadores de este enfoque encontraron que, de un grupo de pacientes que llegaron a la sala de urgencias de un hospital urbano mostrando síntomas gastrointestinales, el 33% no se presentó a todos los exámenes recomendados; estos no se realizaron en una forma adecuada en el 12%, y en el 15% se encontraron alteraciones que no fueron debidamente tratadas. Con todo ello, el índice de errores fue de un 60%. Cuando se

---

<sup>35</sup> Schaffner, W.; Federspiel, C.F.; Fulton, M.L.; Gilbert, D.G. and Stevenson, L.B. *Amer J Public Health* 1977; 57: 821.

tomaron en cuenta los efectos del tratamiento, se estimó que el encuentro del paciente con esta institución en particular tuvo un efecto saludable sólo en el 27% de los casos.<sup>36</sup>

Si una parte de un mapa mental del sistema de atención médica que lo subdivide en campos de función y de responsabilidad, es posible seleccionar una cierta cantidad de diagnósticos o condiciones que sirvan como indicadores de la calidad de la atención en cada subdivisión. Todos los diagnósticos o condiciones funcionan a manera de «rastreadores» («tracers»), y se puede considerar que el conjunto de rastreadores proporciona algo análogo a un conjunto de sondeos, de un terreno aún sin explorar.<sup>37</sup>

Esta atractiva idea ha sido probada, en parte, utilizando como rastreadores la incidencia y el manejo de anemia, las infecciones del oído, la pérdida de la audición y los defectos visuales, para evaluar la atención médica de niños de 6 meses a 11 años de edad en determinadas zonas de Washington, D.C. De esta exploración se deriva una triste imagen, debida a que muchas de las patologías no han sido reconocidas, son susceptibles de prevención, o bien no han sido tratadas adecuadamente. Por ejemplo, el 12% de los niños entre 4 y los 11 años de edad necesita lentes, pero no los tiene; el 31% de los que tienen lentes no los necesita; el 37% no tiene la graduación adecuada, y en el 5% el uso de los lentes empeora la vista en lugar de mejorarla.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Brook, R.H. and Stevenson, R.L. *N Engl J Med* 1970; 283: 904. Algunas de las cifras citadas difieren un poco de las que aparecen en el original, debido a que se ha realizado una recomputación a fin de obtener categorías mutuamente excluyentes.

<sup>37</sup> Kessner, D.M.; Kalk, C.E. and Singer, J. *N Engl J Med* 1973; 288: 189.

<sup>38</sup> Kessner, D.M.; Snow, C.K. and Singer, J. «Assessment of Medical Care for Children». Washington D.C.: Institute of Medicine, 1974; 174, 186, 188.

VIII.  
EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN

La atención del apaciente es una actividad planeada que involucra la acción de elementos específicos, de entre un conjunto potencialmente grande, y un ordenamiento adecuado, a fin de lograr determinados objetivos de diagnóstico y tratamiento. Se puede llamar estrategia a un plan de acción, así como al patrón de acciones que resultan de él. En mi opinión, la esencia de la calidad —esa cosa inasible que se llama «juicio clínico»—radica en la elección de la estrategia más adecuada para el manejo de cualquier situación dada. Las estrategias alternativas que un médico podría razonablemente elegir son susceptibles de especificarse en forma de un árbol de decisiones que indique las diferentes vías alternativas y sus respectivas consecuencias. Se puede asignar a cada una de ellas una probabilidad basada, de preferencia en hechos demostrados o, cuando esto no sea posible en opiniones autorizadas. El criterio para elegir la estrategia óptima para el paciente en cuestión consiste en el balance de beneficios, riesgos y costes esperados, evaluados conjuntamente por el médico y el paciente.<sup>39</sup> La elaboración y el uso de modelos que incorporen los conocimientos existentes pueden ser muy útiles para llegar a una especificación más definitiva de la calidad ya que el mejor plan de acción sugerido por la intuición puede no ser el mejor de acuerdo con un análisis más formal de las decisiones. Es más, tales modelos, al revelar las deficiencias críticas en los conocimientos existentes, estimulan la investigación de manera que al final, se puede especificar firmemente cual es el manejo óptimo.

Los resultados de estos adelantos han comenzado a influir en el campo de la evaluación de la calidad. Quizás el primer paso ha sido

---

<sup>39</sup> McNeil, B.J.; Keeler, E. and Adestein, S.J. *N Engl J Med* 1975; 293: 211. Pliskin, N. and Taylor, A.K. *Costs, Risks, and Benefits of Surgery*. In: Bunker, J.P.; Barnes, B.A. and Mos-teller, F., eds. Nueva York, EE.UU.: Oxford University Press, 1977; 5-27.

la elaboración de «mapa de criterios» que sustituyen a las listas de criterios explícitos.

El «mapeo» es la representación de los pasos que se siguen para hacer un diagnóstico, detectar las complicaciones y seleccionar e implementar el tratamiento. En él se reconoce que existen formas alternativas aceptables para cubrir cada requerimiento (por ejemplo, el de contar con un diagnóstico válido) y también que las acciones sucesivas dependen de los hallazgos anteriores. Estos mapas de criterio se están usando para evaluar la calidad sobre una base experimental.<sup>40</sup> El siguiente paso consistirá en conectar lo anterior con el enorme cúmulo de trabajo que se desarrolla, independientemente de las actividades de evaluación de la calidad, en el diseño y prueba de diversas estrategias de atención.<sup>41</sup> Desde luego, la comprobación empírica de la validez de dichas estrategias mediante minuciosas pruebas clínicas proporcionara el fundamento de toda evaluación de la calidad y, de hecho, la medicina clínica en su totalidad.<sup>42</sup>

## IX. EL CONTEXTO DE LA MONITORIZACIÓN EN LOS EE.UU.

La idea de que el contenido de la práctica médica debe de someterse a una vigilancia constante ha ido cobrando fuerza y finalmente se

---

<sup>40</sup> Greenfield, S.; Lewis, C.E.; Kaplan, S.H. and Davidson, M.B. *Ann Intern Med* 1975; 83: 761.

<sup>41</sup> Véase por ejemplo: Ginsberg, A.S. «Decision Analysis in Clinical Patient Management with an Application to the Pleural Effusion Syndrome». Santa Mónica, California, EE.UU.: The Rand Corporation, 1971. Schwartz, W.B.; Gory, B.A.; Kassirer, J.P. and Essig, A. *Am J Med* 1973; 55: 459. McNeil, B.J. and Adelstein, S.J. *N Engl J Med* 1975; 293: 221. McNeil, B.J.; Hessel, S.J.; Branch, W.T.; Bjork, L. and Adelstein, S.J. *Journal of Nuclear Medicine* 1976; 17: 163. Tompkins, R.K.; Burner, D.C. and Cable, W.E. *Ann Intern Med* 1977; 86: 481. También varios ejemplos en Bunker, J.P., et al., eds. Citado en la referencia 39.

<sup>42</sup> Cochrane, A.L. «Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Service». Londres: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.

ha constituido en un principio apoyado por la ley. El propósito ostensible es «garantizar la calidad», aunque tal vez esta meta sea demasiado ambiciosa pues lo más que se puede esperar es que constituya una «ayuda» o que produzca una «mejoría» en la calidad de la atención. Claro está que la calidad de la atención depende de muchos factores, incluyendo la calidad de los estudiantes, su educación, entrenamiento y socialización para convertirse en jóvenes profesionales; las oportunidades con que cuenten para continuar su educación y para renovarse; la disponibilidad de los recursos y el financiamiento que permitan la aplicación de todo el potencial de la ciencia médica, y los incentivos profesionales y económicos que influyen en el comportamiento de los médicos. La monitorización del trabajo del médico pretende funcionar como un incentivo más para que el desempeño sea adecuado.

Es posible afirmar que cuando los médicos trabajan juntos se lleva a cabo una monitorización informal, debido a que comparten los pacientes, se consultan formal o informalmente, realizan actividades de enseñanza, etc. Aunque la monitorización formal pueda ser la garantía de calidad menos importantes es, en definitiva, necesario. Es la única manera de obtener información fidedigna sobre el funcionamiento del sistema; resultado menos caprichoso y más justo que una información informal y parcial; puede ser un incentivo para la autocrítica y el aprendizaje, y es una manera más en que la profesión médica puede demostrar su sentido de responsabilidad ante el público.

Tradicionalmente, tanto en los EE.UU. como en muchos otros países, los profesionales han sido en gran medida responsable de regular su propia conducta, con el interés de regular su propia conducta, con el interés de alcanzar normas más elevadas; en este contexto el gobierno se ha limitado a desempeñar un papel de apoyo y refuerzo. A este respecto, la medicina tiene, en términos generales, un registro de logros de los cuales puede sentirse orgullosa. Pero, en años recientes, ha aumentado la sensación de que debería esforzarse más, o bien renunciar a algunas de sus prerrogativas aceptando una supervisión externa. Muchos factores han contribuido a este estado de cosas.

El más importante ha sido el cambio trascendental de un financiamiento individual de la atención médica a uno colectivo por vía de los programas privados de seguros de salud. Durante muchos años, las primeras compañías y organizaciones privadas de seguros de salud, así como los representantes de los grupos más grandes de compradores de seguros, se han mostrado descontentos con un aumento en los costes de la atención que no permite asegurar la necesidad ni la calidad de los servicios recibidos. Sin embargo, era poco lo que podían o querían hacer, más allá de objetar los abusos más obvios. Pero cuando el propio gobierno comenzó a realizar el mayor desembolso de todos, al instituir los programas *Medicaid* (Ayuda Médica) y *Medicare* (Atención Médica), se contó con los medios y eventualmente con la voluntad para convencerse de que el que paga manda. El enorme gasto de fondos federales constituyó, sin duda, el acicate más intenso para iniciar la acción; pero también había una preocupación por la calidad de la atención y una necesidad de asegurar la fiabilidad de los programas ante el Congreso Federal y de éste ante el electorado. Este último ahora está constituido por un público mejor informado y más exigente.

Hubo otros adelantos anteriores y paralelos a éstos. En primer lugar, la concentración gradual de una parte fundamental de la atención en el hospital, el cual surgió como el centro dominante de la práctica organizada. En segundo lugar, la creciente conciencia —por parte del público, de los miembros de los patronatos de los hospitales y de las cortes— de la responsabilidad del hospital sobre la atención proporcionada por sus médicos.<sup>43</sup> En tercer lugar, el desarrollo los métodos y la tecnología para la evaluación y la monitorización de la práctica real.<sup>44</sup> Todos estos factores, en conjunto, prepararon el escenario y proporcionaron los medios y la oportunidad para que

---

<sup>43</sup> Shain, M. and Southwick, A.E. *Public Health Rep* 1966; 81: 581. Curran, W.J. *Amer J Public Health* 1971; 61: 177.

<sup>44</sup> Donabedian, A. «A Guide to Medical Care Administration. Volume II: Medical Care Appraisal-Quality and Utilization». Nueva York, EE.UU.: *American Public Health Association*, 1969.

surgiera una iniciativa de ley audaz, que formaba parte de las enmiendas de 1972 al Acta de Seguridad Social.<sup>45</sup>

De acuerdo con esta legislación, el país ha sido dividido en 194 áreas y se ha solicitado a los médicos que practican en cada una de ellas que formen, en el nivel local, Organizaciones para la Revisión de las Normas Profesionales (*Professional Standards Review Organizations* —PSRO—), las cuales tienen la responsabilidad de monitorear la aptitud y la calidad de la atención en hospitales, sanitarios y consultorios médicos. Estas organizaciones se encuentran en fases diversas de organización y operación. Aún es demasiado pronto para conocer qué tan de efectivas serán, y para saber si las mejoras que producirán valen su enorme coste, esfuerzo y pérdida de libertad profesional.

En mi opinión, si las PSRO realizan a conciencia su cometido, es seguro que habrá una mejoría en la calidad, en el coste o en ambos. Sin embargo, si los médicos, como grupo, no pueden o no desean controlar su propia conducta, podrían surgir presiones para llevar a cabo una inspección más vigorosa por parte de agencias externas a la institución médica, incluyendo a las aseguradoras, los departamentos estatales de salud o una agencia del propio gobierno federal. De manera alternativa, puede concluirse que lo que se necesita es un cambio radical en el modo como están organizados los servicios y como se contrata y se paga a los médicos, a fin de fortalecer los incentivos para un comportamiento profesionalmente adecuado. Así, la confianza radicaría primariamente en la creación de las condiciones apropiadas para una buena práctica, más que en el temor de que la práctica insatisfactoria sea descubierta y reprobada. No obstante, aun en las mejores condiciones tendrá que mantenerse una monitorización constante, ya que sin él la medicina no puede observarse a sí misma ni saber hacia dónde se dirige.

---

<sup>45</sup> Congreso de los Estados Unidos, Reformas de Seguridad Social de 1972, Ley Pública 92-603, XCII Congreso, HRI., 30 de octubre de 1970. Ver: Professional Standards Review, Parte B, Título X1; 101-17. Una excelente descripción de las primeras etapas de aplicación se encuentra en Goran, M.G.; Kellogg, J.S.; Fielding, J. and Jasssee, W. *Medical Care* 1875 (suplemento de abril).

X.  
CONCLUSIONES

En el presente artículo se clasifican los principales enfoques en torno a la evaluación del procedimiento y del resultado de la atención médica, y se describen someramente algunos estudios ilustrativos y sus hallazgos. La necesidad manifiesta de garantizar y mejorar la calidad de la atención médica ha llenado a la institución de mecanismos que someten la atención médica a una constante revisión, a fin de detectar y corregir las deficiencias. En este artículo se examinan los acontecimientos que dieron lugar a la intervención del gobierno federal de los EE.EE. en estas actividades, mediante su auspicio a las PSRO. Se describen las características principales de las PSRO y se discuten sus posibles repercusiones. Aun no se puede saber cómo funcionarían, pero en caso de que no lograran sus objetivos será difícil hacer frente a las presiones que conduzcan al planteamiento de soluciones más radicales.

**COMENTARIO:  
EL CONTEXTO DE LA MONITORIZACIÓN  
30 AÑOS DESPUÉS**

Rosa Suñol\*

En su artículo «The Quality of Medical Care» publicado en *Science* en 1978 Donabedian hacía varias contribuciones muy importantes que todavía hoy constituyen el fundamento de la metodología de calidad. Aparte de las reflexiones sobre las dimensiones que incluye la definición de calidad, Donabedian establecía en su artículo las

---

\* Instituto Universitario Avedis Donabedian - Universidad Autónoma de Barcelona, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España.

diferencias entre la evaluación con criterios implícitos y explícitos, describiendo los sistemas de cribaje, primero con criterios explícitos y luego mediante juicio clínico (o criterios implícitos) que están aún plenamente vigentes para evaluar, por ejemplo, los efectos adversos de la atención en los programas de seguridad de pacientes.

Establece también que «evaluación» es sinónimo de «juicio» y no simplemente de «medición» y por tanto toda evaluación incluye establecer si la medida de la calidad realizada es o no aceptable y deben o no implantarse medidas correctoras. Este es uno de los fallos más frecuentemente detectados en España por las evaluaciones de Joint Commission, ya que habitualmente hoy disponemos de muchas medidas de la calidad, pero la función de «juicio» sobre ellas no se ejerce y/o no queda documentada.

Sin embargo la gran aportación del artículo, que puso fin a casi una década de debate científico, es establecer que los estudios de proceso no tienen sentido si no se conoce su relación con los resultados, y que se deben analizar en calidad aquellos resultados que están relacionados con el trabajo de los profesionales. Por ello no se consideran buenas medidas de calidad los resultados que no están influidos por la atención en su sentido más amplio. Por ejemplo los reingresos de los EPOC no son un buen indicador de la calidad de la atención hospitalaria ya que dependen del manejo inicial de la descompensación (que habitualmente se realiza si el paciente tiene familia que conoce los síntomas iniciales del proceso y el manejo en atención primaria).

El artículo incluye además una tabla con una buena clasificación de los estudios de calidad, aunque hoy incluiríamos también en su lista de resultados la opinión de los clientes, la calidad de vida y algunos autores abogarían por incluir los costes. Hay también, como no puede ser de otra forma al cabo de 30 años temas que han quedado obsoletos. En su artículo, el Prof. Donabedian habla de «médicos» y hoy generalizaríamos su enfoque a todos los profesionales, aunque posiblemente la mayoría de sus afirmaciones siguen siendo válidas.

Además en el artículo, cuando analiza los temas de evaluación, está contextualizado en los Estados Unidos en su época. Donabedian después de comentar con cierta sorna que lo de «garantizar la calidad» es quizá «una meta demasiado ambiciosa», menciona que la vigilancia constante de la práctica asistencial es «un principio apoyado por la ley». Desgraciadamente no es aún así en muchos países Europeos, entre ellos España, después de 30 años.

Al abordar la evolución de la evaluación de calidad menciona en primer lugar la importancia de la calidad de la formación en el ámbito del pre-grado y la formación continuada y la necesidad de la demostración de la competencia profesional. Otro punto que queda por desarrollar aún. No hemos sido capaces de establecer sistemas no punitivos, basados en la educación y la mejora que nos aseguren que todos los profesionales evalúan formalmente sus competencias, realizan programas de formación si los requieren y tienen los conocimientos y actitudes adecuadas.

En su artículo, Donabedian ya comenta que los enfoques de evaluación de calidad pueden ser internos (propios de centro, de servicio o de profesional) o externos (fomentados por la administración, entidades pagadoras, sociedades científicas etc.) Nos referiremos en primer lugar a los enfoques de calidad internos.

En algunos países Europeos las actividades de calidad de un centro no se organizan en forma estructurada de Plan de Calidad, no así en España, donde desde hace más de 20 años se han generalizado los Planes de Calidad a nivel de centros. Los planes de calidad son actividades organizadas y coherentes para lograr la mejora de la atención de los pacientes.

En el diseño de cualquier Plan de Calidad es importante identificar si existen condicionantes externos al centro que puedan influir-lo (sistemas de acreditación obligatorios, requisitos legales, de mutuas, pertenencia a un grupo de empresas ya sea público o privado, etc.). En algunos casos habrá que adoptar determinados sistemas organizativos, en otros, cumplir una serie de objetivos establecidos externamente etc.

Los planes de calidad siguen la estructura del ciclo de evaluación, identificando y estudiando si la atención al paciente es adecuada o no en el centro, si debe ser mejorada y si las mejoras han sido efectivas.

Los contenidos de evaluación y mejora de los Planes de Calidad vienen determinados por los objetivos estratégicos elegidos, los requisitos externos existentes y por una serie de contenidos considerados mínimos aceptables que se describen en la Tabla 2.

TABLA 2

CONTENIDOS BÁSICOS DE LOS PROGRAMAS DE CALIDAD

- Proceso y resultados de la atención
  - ✓ Manejo de principales patologías /condiciones atendidas (resultados, satisfacción/opinión, calidad de vida, etc.)
  - ✓ Principales procesos asistenciales (gestión de fármacos, rehabilitación, transfusiones, planificación de cuidados, atención domiciliaria, educación paciente y familia, acogida del paciente, alta, cumplimiento de vías clínicas, etc.)
  - ✓ Prevención de riesgos y seguridad (infección, caídas, lesiones por presión, etc.)
- Respeto a los derechos del paciente y participación en las decisiones
  - ✓ Información y soporte emocional
  - ✓ Satisfacción/opinión de pacientes y familias
  - ✓ Intimidad
  - ✓ Participación y relaciones con la comunidad
- Entorno en el que se realiza la atención
  - ✓ Seguridad entorno
  - ✓ Mantenimiento utillaje
  - ✓ Confort
- Organización del equipo y el centro
  - ✓ Coordinación (Atención primaria Hospital, listas de espera, sistemas de citación, interconsultas, etc.)
  - ✓ Acogida y alta de profesionales
  - ✓ Funcionamiento del equipo interdisciplinar, etc.

El sistema organizativo para llevarlo a cabo depende del ámbito de aplicación del Plan, así en un servicio/unidad/centro de salud puede encargarse a cada médico o enfermera de un tema y discutir los resultados y hallazgos en la Sesión Clínica y cuando se trabaja a nivel de centro pueden utilizarse sistemas más complejos como las Comisiones Clínicas, Grupos de mejora, o la inclusión de objetivos de calidad en el sistema de Dirección por objetivos del centro etc. o utilizar sistemas externos de evaluación como la acreditación, la certificación ISO o el modelo de excelencia del EFQM.

La efectividad de un programa se mide en función de su capacidad de impacto en la mejora de la atención a los pacientes. Es importante que el diseño inicial del sistema de trabajo permita evaluar la efectividad de las intervenciones para garantizar que los esfuerzos realizados logran su objetivo. En la actualidad son muchos los recursos dedicados a los planes de calidad (horas de los profesionales, agencias de soporte etc.) y cada vez más será importante demostrar su eficiencia.

Los sistemas de evaluación externa de la calidad son aquellos desarrollados por las administraciones o las asociaciones profesionales para cumplir su función de «garante» a la sociedad y estimular los programas internos de los centros. Donabedian menciona en su artículo los PSRO americanos que se crearon para garantizar a las aseguradoras y al público que los pacientes recibían el tratamiento adecuado y no consumían recursos en exceso. El problema, finalmente, no lo resolvieron los PSRO sino la implantación del pago prospectivo por GRD que estimuló el control de estancias y el uso eficiente de recursos.

En España uno de los más importantes sistemas de mejora de calidad externa, pocas veces valorado, es el sistema de permisos de apertura de los diferentes dispositivos que permite incluir los temas básicos de seguridad y garantizar temas de protección al paciente.

Un segundo nivel es el establecido como nivel de contratación de los centros que se conoce como acreditación o certificación de

centros. En la última década hemos asistido a una proliferación de sistemas de acreditación en España donde cada Comunidad ha optado por su propio modelo. En general, las comunidades han decidido iniciar la acreditación hospitalaria, aunque algunas, como Catalunya y Andalucía, plantean un modelo global aplicable a todo tipo de servicios. Esta tendencia a la dispersión en los modelos de acreditación es una tendencia mundial en estos momentos. Además de los modelos clásicos—EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda—en los últimos años pocos países han desarrollado un modelo de acreditación único—Francia—en la mayoría coexisten diferentes modelos. Italia tiene un modelo básico que se desarrolla de forma distinta en cada una de las regiones. Parece evidente que esta atomización de modelos de acreditación obligará a realizar esfuerzos importantes de armonización en el futuro.

En los sistemas desarrollados en España, el contenido de los estándares es en general alto y no se prevé qué puede pasar si los centros no los cumplen. Existe por tanto la duda sobre si va a utilizarse la acreditación o la información que de ella se deriva, como un sistema para ordenar la prestación de servicios o si sus resultados no van a afectar directamente en algún tipo de centros—los gestionados por la administración, los públicos, etc.—y solo se utilizaran para la contratación de servicios con entidades privadas. Ciertamente, en todos los casos, los sistemas de acreditación marcan un camino de mejora y estimulan a los centros a abordar los temas concretos que describen los estándares.

Existe bastante confusión entre los sistemas de acreditación y certificación. La acreditación establece los contenidos concretos que todos los centros deben abordar incluyendo temas clínicos, de liderazgo de gestión del sistema de calidad etc. La certificación ISO fomenta y asegura que los sistemas de calidad: detección de no conformidades y su corrección, responsabilidad de la dirección, enfoque al cliente, etc. se llevan a cabo pero cada centro/unidad puede establecer sus propios contenidos en el Manual de calidad que pueden ser distintos de un centro a otro.

Además en España muchas administraciones han optado por el modelo de excelencia de la EFQM (European Foundation for Quality Management), para desarrollar su modelo de calidad. El modelo parte de unos conceptos fundamentales de la excelencia y establece mediante sus 9 criterios y 32 subcriterios un marco de desarrollo de la excelencia basado en el análisis de los resultados esperados, la gestión de los procesos que los hacen posibles y el liderazgo y la estrategia de la empresa. Una vez más como se trata de modelos que sirven para todo tipo de instituciones, no se predeterminan contenidos concretos y cada empresa o entidad puede adaptarlos a sus necesidades, por bien que en los últimos años se han desarrollado diferentes adaptaciones sectoriales para facilitar su implantación.

Al hablar de los sistemas externos de calidad no podemos dejar de mencionar en Europa la iniciativa de los indicadores de calidad de la OCDE<sup>46</sup> que compara indicadores de calidad a nivel de los diferentes países y programas de gran alcance como la Patients' Safety Alliance de la Organización Mundial de la Salud<sup>47</sup> que todavía utilizan como base los principios que postuló Donabedian en este y otros artículos.

En cada época, los planes de calidad han tenido sus contenidos específicos. En el futuro posiblemente seguiremos asistiendo al desarrollo de la seguridad de pacientes, la generalización de planes de calidad en todas las unidades de la atención de salud y social y veremos aumentar el énfasis de la atención integrada entre los diferentes dispositivos de un territorio. Muy probablemente también emergerán con fuerza la mayor responsabilización del paciente sobre su enfermedad o condición con mayor presencia de los autocuidados y la atención centrada en la persona que representarán cambios importantes en la organización de los centros y la práctica de los

---

<sup>46</sup> World Alliance for Patient Safety en <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> (consultado 13-8-2010)

<sup>47</sup> Health at a Glance 2009 - OECD Indicators en [http://www.oecd.org/document/14/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/14/0,3343,en_2649_34631_16502667_1_1_1_1,00.html) (consultado 13-8-2010).

profesionales. Pero sobre todo, el aumento de transparencia de los resultados por parte de las administraciones y los centros, cambiarán las relaciones entre el sector y los ciudadanos y será muy probablemente el elemento más importante para que se desarrollen los futuros sistemas de mejora de calidad.



# 11

## ¿QUÉ DEBERÍA SABER UN CLÍNICO DE ECONOMÍA?

Vicente Ortún Rubio\*

*Aquello que un médico debe ser capaz de hacer viene definido en cada momento tanto por la profesión como por las variables sociales. Son elementos de la competencia clínica: Primero, la competencia técnica en el empleo de conocimientos y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Segundo, la consecución de una efectividad aceptable en el abordaje de los problemas de salud de los pacientes. Tercero, el comunicarse eficazmente, conseguir cambios conductuales, transmitir información, aceptar delegaciones; procurar en suma resultados no tan sólo en términos de recuperación de bienestar, o de paliación del deterioro, sino también en términos de satisfacción del paciente con el proceso asistencial. Cuarto, la eficiencia en la gestión de recursos limitados, y quinto, el juicio equilibrado.<sup>1</sup>*

*En este artículo se identifica y desarrolla, en la primera sección, LAS TRES COSAS que un clínico en ejercicio conviene sepa de Economía. En la segunda sección, se piensa en el médico del siglo que viene, el que se ha de formar, y se sugiere como la Economía puede incorporarse a la enseñanza de la Medicina.*

---

\* Departamento de Economía y Empresa, Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

<sup>1</sup> Adaptado de Cox, K. y Ewan, C. *La docencia en Medicina*. Barcelona: Doyma, 1990; 92.

I.  
TRES COSAS QUE UN CLÍNICO  
DEBE SABER HOY DE ECONOMÍA

1. Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en Medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.
2. Que la ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
3. Que las utilidades relevantes son las del paciente.

**1. La eficiencia, marca del virtuosismo**

La eficiencia clínica pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. La eficiencia tiene dimensión temporal, es dinámica: mejora en la medida que se innova en respuesta a los cambios demográficos, en morbilidad, en tecnología, en costumbres y preferencias, y en recursos disponibles. ¿Y la equidad? La equidad—el juicio social acerca de lo que es justo—puede entrar en contradicción con la eficiencia clínica. El paciente susceptible de obtener la mejora más importante con un tratamiento puede ser A, y la sociedad estimar que quién debería recibirlo es B, precisamente por encontrarse en una situación peor. A optimiza la eficiencia y B optimiza la equidad. La concepción sobre la equidad expresa un juicio social, no profesional. En teoría no debería haber problema ya que el clínico se limitaría a establecer prioridades con criterios clínicos; la priorización con criterios no clínicos (de unas enfermedades sobre otras, de unas edades sobre otras, de unas clases sociales sobre otras...) corresponde a la sociedad.

Lo que ocurre es que esa priorización de prestaciones se efectúa de forma implícita y poco transparente. Explicitar tiene costes políticos (decir qué se hace supone también establecer qué se deja sin hacer y, encima, hay que rendir cuentas) y un político prefiere no comprometerse.

La sociedad, no obstante, también mira hacia otro sitio y renuncia al planteo de prioridades, atacando frontalmente la idea de equidad sin que se note. La razón es la siguiente: los recursos reales que absorberá la sanidad crecerán algo por encima de la riqueza del país en los próximos años. Si se financian privadamente, se va a una Sanidad para pobres, una pobre Sanidad. Financiarlos públicamente exige bien un aumento de la carga fiscal (un nuevo impuesto sanitario por ejemplo) bien una finalización selectiva de las prestaciones. Criterios selectivos equitativos son los que proporcionan la efectividad de una prestación y la capacidad de pago de quien la recibe.

Pagar públicamente la quimioprofilaxis palúdica de los cazadores de elefantes puede justificarse en términos de protección ante la importación de enfermedades transmisibles no deseables. Pagar públicamente intervenciones de efectividad dudosa a los cazadores de elefantes no puede argumentarse en términos de equidad. La aportación del cazador de elefantes no tiene por qué ir a un financiador privado si puede recaudarla el financiador público, obteniendo así fondos para otras prestaciones más efectivas y/o personas con menor capacidad de pago.<sup>2</sup>

Ahora bien, mientras la teoría predica que la equidad expresa preferencias sociales ante la desigualdad, la práctica muestra que quien operacionaliza el criterio es el clínico ante la inhibición cómoda de políticos y población. Y un clínico utilizara sus valores, conscientes e inconscientes, en el mejor de los casos, y las recomendaciones, en el peor, a la hora de ejercer el juicio sobre prelación de tratamientos y pacientes.

---

<sup>2</sup> Hay que proteger al sistema sanitario público de alguno de sus defensores, aquellos que propugnan todo gratis para todos, abriendo paso al deterioro y propiciando los «copagos» controlados por entidades privadas. La buena defensa de la sanidad pública pasa por conseguir esa financiación que de otra forma sería privada.

a) *A la eficiencia social por la efectividad clínica  
y a la efectividad clínica por la escepticismo*

En otro lugar se ha explicado cómo el camino a la eficiencia social pasa por la efectividad clínica<sup>3</sup> y a él se remite al lector interesado. El problema estriba ahora en cómo estimular el anhelo de efectividad, el reforzar la preocupación por la probabilidad que los pacientes del entorno próximo al médico tienen de beneficiarse de la actuación del médico. No es fácil. El conocimiento de la eficacia tiene validez universal y quién contribuye a sus avances goza de prestigio científico. Quien «simplemente» se preocupa por mejorar el resultado de sus acciones, aquel interesado en cuidar la viña, puede incluso convertirse en un profesional incomprendido.

Para llegar a preocuparse por la efectividad de la práctica hay que ser consciente de que las cosas pueden hacerse de más de una forma y que no necesariamente la propia es la mejor. Para llegar a preocuparse por la efectividad hay que tener escepticismo, esa condición de baja infectividad respecto a la cual las Facultades de Medicina confieren inmunidad permanente.<sup>4</sup> Dejando aparte la posible susceptibilidad genética a la escepticismo, parece claro que una formación que facilite el aprendizaje para la evaluación crítica de la evidencia constituye el factor de riesgo más vulnerable.

La conciencia de variaciones aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la Medicina (entre médicos, entre áreas pequeñas) podría propiciar la escepticismo. Esta variabilidad empieza a documentarse en nuestro país, utilizando, por ejemplo, la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.<sup>5, 6</sup> Aunque

<sup>3</sup> Ortún, V. y Rodríguez Artalejo, F. «De la efectividad clínica a la eficiencia social». *Med Clin* 1999; 95: 385-388.

<sup>4</sup> Skrabanek, J. y McCormick, J. *Sofismas y desatinos en Medicina*. Barcelona: Doyma, 1992. Resulta compatible la escepticismo con el «dogmatismo terapéutico» requerido para la consecución del efecto placebo en ciertos individuos.

<sup>5</sup> Jané, E.; Barba, G.; Salvador, X.; Salas, T.; Sánchez, E. y Bustins, M. «Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas». *Gac Sanit* 1996; 10: 211-219.

esta información elaborada por sanitarios sin bata blanca tiene sumo interés, todavía resulta más propiciadora de la escepticismo la constatación de variaciones por los propios clínicos implicados: obstetras y porcentaje de partos con cesárea, médicos de familia y prescripción farmacéutica (total y valores intrínsecos), ginecólogos e indicaciones de histerectomía, o cardiólogos y utilización de fármacos trombolíticos.<sup>7</sup>

Una vez conseguido un cierto nivel de escepticismo surgen las preguntas del tipo para qué sirven algunas de las rutinas y procedimientos habituales. Este tipo de preguntas lleva a preocuparse por la efectividad y adecuación y por medir el efecto de la actuación incorporando las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud.

La panoplia de instrumentos relevantes puede presentarse bajo distintos envoltorios: epidemiológico-investigación sobre servicios sanitarios,<sup>8</sup> análisis de decisión y evaluación,<sup>9</sup> de gestión de la utilización,<sup>10</sup> de evaluación de tecnologías,<sup>11</sup> de revisión y difusión de evidencia sobre efectividad<sup>12</sup> o, incluso, bajo el envoltorio de una política de calidad total.<sup>13</sup> Mejor sin un envoltorio económico; la Economía si impregna los enfoques, cumplirá con su papel.

---

<sup>6</sup> Marqués, A.; Peiró, S.; Medrano, J.; Librero, J. y Ordiñana, R. *Variaciones en las tasas estandarizadas de quince procedimientos quirúrgicos en la provincia de Alicante*. Pendiente de publicación.

<sup>7</sup> Agustí, A.; Mateu, S.; Molina, Ll.; Arnau, JM.; Vidal, X. y Laporte, J.R. «Utilización de fármacos trombolíticos en Barcelona». *Med Clin* 1997; 108: 167-170.

<sup>8</sup> Véase por ejemplo el boletín mensual «Research Activities» de la «Agency for Health Care Policy and Research».

<sup>9</sup> Para un exponente destacado véase la serie de D. Eddy, «Clinical decision making: from theory to practice», iniciada en *JAMA* 1990; 263: 287-290.

<sup>10</sup> Peiró, S. y Meneu, R. «Variaciones en la práctica médica, política sanitaria e investigación en salud». *Variaciones en la Práctica Médica* 1995: 7: 1-3. (Variaciones en la Práctica Médica es un Boletín editado por el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública).

<sup>11</sup> Jovell, A. y Navarro-Rubio, M. «Evaluación de la evidencia científica». *Med Clin* 1995; 105: 740-743. Existe una Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, INAHTA, e-mail: management@sbu.se.

<sup>12</sup> Bonfill, X. «La Colaboración Cochrane». *Aten Primaria* 1996; 18: 273-278.

<sup>13</sup> Romeo, J.M. y Ruiz, P. *Gestión de calidad total en cirugía de litiasis biliar*. Hospital Severo Ochoa de Leganés. Madrid: 1994, Mimeo.

## 2. La incorporación del coste de oportunidad

Considerar el beneficio, diagnóstico o terapéutico, que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible constituye una forma de asegurarse que se obtiene el máximo resultado, en términos de impacto en el bienestar, a partir de unos recursos determinados.

El verdadero coste de la atención sanitaria no es dinero, ni los recursos que el dinero mide. Son los beneficios sanitarios -paliación de síntomas, recuperación funcional, mayor esperanza de vida- que podrían haberse conseguido si esos euros se hubieran utilizado en la mejor alternativa.

El coste de oportunidad puede aproximarse a través de los precios y por otros mecanismos cuando éstos no existen. Mayor dificultad presenta la conceptualización y medición de los beneficios. Convendrá distinguir entre beneficios en una decisión diagnóstica y beneficios en una decisión terapéutica.

El beneficio en una decisión diagnóstica se mide en términos de reducción de incertidumbre. Un paciente tiene o no tiene una condición desde el inicio del proceso hipotético-deductivo de diagnóstico. Lo que va cambiando es la idea que el médico tiene acerca de tal condición.

Exploración, historia, pruebas diagnósticas sirven —en aquellas ocasiones donde observar y esperar no procede— para ir revisando esas ideas hasta situar las probabilidades a una distancia próxima al cero o al uno. La proximidad exigida respecto al cero (descarte de una condición) o respecto al uno (confirmación de un diagnóstico) depende de múltiples factores, en especial: efectividad del tratamiento, iatrogenia del tratamiento en caso de error diagnóstico, y la sensibilidad, especificidad y riesgo de las pruebas que se estén considerando. El teorema de Bayes ayuda a relacionar las probabilidades posteriores de padecer una condición con posterioridad a la prueba diagnóstica con las probabilidades previas.

Tendrá sentido continuar con un proceso diagnóstico hasta el punto en que los beneficios adicionales esperados —en términos de

ganancias de información, de revisión de probabilidades— dejen de ser superiores a los costes de las pruebas diagnósticas. Y esos costes son los de oportunidad: los beneficios informativos que la prueba diagnóstica que se está considerando podrían reportar al paciente que, razonablemente, más podría beneficiarse de ella.

En las decisiones terapéuticas, el beneficio se mide en términos de efectividad. Esta efectividad tiene, como mínimo, un par de dimensiones: cantidad y calidad de vida. La consideración del coste de oportunidad supone una reflexión acerca del beneficio del tratamiento que se está considerando en la mejor alternativa disponible.

### **3. Utilidades relevantes: las del paciente**

Conforme una sociedad progresa el componente calidad de vida en el producto de los servicios sanitarios aumenta. Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor cantidad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. Al ser la calidad subjetiva y multidimensional resulta inevitable el activismo del paciente para poder establecer el curso de acción más efectivo. Ello requiere proporcionar información pronóstica a los pacientes. Algunos ejemplos pueden ilustrar lo dicho.

La efectividad de la prostatectomía en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata<sup>14</sup> depende de cuáles son las dimensiones de calidad de vida apreciadas por los pacientes (incontinencia, impotencia). Un video que muestra un par de médicos con prostatismo sintomático se suministra a los pacientes afectados. En él se aprecia la evolución del médico que optó ser intervenido quirúrgicamente y la evolución de quien prefirió la estrategia de la vigilancia expectante. Lo importante es que ello permite al paciente

---

<sup>14</sup> Este procedimiento, conocido por sus grandes variaciones en tasas, fue objeto de atención por parte de uno de los primeros «Patient Outcome Research Teams» que financió la «Agency for Health Care Policy and Research» de Estados Unidos.

una decisión informada (siempre que la información utilizada para elaborar el video sea válida); el que además haya desplazado las preferencias de los pacientes hacia menos cirugía resulta secundario.<sup>15</sup>

En Ottawa, un librito y una grabación<sup>16</sup> permiten a las mujeres que están considerando la terapia hormonal sustitutiva ponderar los beneficios y los riesgos que para cada una de ellas tendría el tratamiento en función de sus valores, factores de riesgo y estilos de vida. La orientación hacia las utilidades del paciente resulta generalmente exigible. Se vuelve imprescindible para valorar la efectividad de los tratamientos con impacto importante en la calidad de vida y para realmente actuar como agente del paciente, haciendo lo mejor para él, lo que supone considerar las variables relevantes (clínicas, familiares, sociales, económicas) a cada decisión clínica. La medida de la utilidad puede utilizarse en ocasiones para expresar la preferencia global de un paciente ante diversas alternativas. Esta utilidad viene muy afectada por la actitud ante el riesgo de los pacientes. La habitual aversión al riesgo hace que en bastantes ocasiones los pacientes no prefieran las alternativas más efectivas, sino aquellas a las que asocian la mayor utilidad. Por ejemplo, el tratamiento más efectivo de la trombosis venosa profunda es una combinación de estreptokinasa y heparina, pero el pequeño riesgo de hemorragia intracraneal y muerte, asociado a este tratamiento más efectivo, hace que clínicos y pacientes prefieran el tratamiento menos efectivo, el de heparina sola, con su alto riesgo de pierna inflamada y dolorosa.<sup>17</sup> En bastantes decisiones diagnósticas (amniocentesis para el síndrome de Down) y terapéuticas (tratamiento médico o

---

<sup>15</sup> Wagner, E.; Barrett, P.; Barry, M.; Barlow, W. and Fowler, F. «The effect of a shared decision making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia». *Med Care* 1995; 33: 765-770.

<sup>16</sup> O'Connor, A.; Tugwell, P. et al. «Making choices: Hormones after menopause». Ottawa: University of Ottawa, 1996. email: ldrake@civich.ottawa.on.ca

<sup>17</sup> Kassirer, J. «Incorporating patients' preferences into medical decisions». *New Engl J Med* 1994; 330: 1895-1896.

quirúrgico de la angina de pecho) la actitud del paciente ante el riesgo puede ser determinante de la elección.

## II. ¿QUÉ DEBERÍAN SABER LOS MÉDICOS DEL FUTURO DE ECONOMÍA?<sup>18</sup>

La mayoría de los programas de las Facultades de Medicina de España adolecen de insuficiente formación metodológica y de disciplinas básicas.<sup>19</sup> La escepticismo requiere fundamentos teóricos sólidos que permitan evaluar de forma crítica la evidencia disponible y enfrentarse a problemas para los que no se ha sido preparado específicamente. Ciertamente hay que retener el conocimiento de las entidades nosológicas y de sus mecanismos, pero hay que orientar la actividad médica de forma que se gane en integralidad y continuidad. Esto implica orientar la formación hacia la atención primaria, desplazar al hospital como núcleo único de educación médica y reconocer, en el nuevo curriculum, la importancia de las características sociodemográficas y los problemas de salud más prevalentes en nuestra sociedad.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Este apartado se basa en la documentación técnica elaborada para el proyecto de estudios en Ciencias de la Salud a raíz del acuerdo entre la Universidad Pompeu Fabra y el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona. El proyecto está siendo liderado por Jordi Camí y han tenido participación destacada en el mismo Antoni Sitges, Albert Oriol-Bosch y Josep Ma Antó.

<sup>19</sup> Rodríguez Artalejo, F.; Banegas, J.R.; Rodríguez Artalejo, A. y Rodríguez Artalejo, C. «Un modelo para el análisis de la actividad académica en medicina». *Med Clin* 1997; 108: 499-502.

<sup>20</sup> Se plantea como objetivo de los nuevos estudios de Medicina la producción de médicos y médicas con competencias clínicas para diagnosticar y tratar de forma correcta las enfermedades más prevalentes en su entorno y capaces de orientar los casos que requieran atención especializada. Además, una licenciatura polivalente los hará aptos para asumir otras responsabilidades en el proceso de atención a la salud incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la gestión de los servicios. Durante su formación médicos y médicas adquirirán habilidades y actitudes positivas en

### III. LA ECONOMÍA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

La educación médica persigue que el estudiante adquiera unos conocimientos, unas habilidades y unas actitudes. Y la Economía puede impregnar tanto conocimientos como actitudes. En cuanto a las habilidades clínicas a las que pueda contribuir la Economía únicamente cabe pensar en la computación.

Los conocimientos médicos pueden verse favorablemente impregnados por la Economía en diversas áreas:

- Cómo se presenta la enfermedad, cómo los pacientes reaccionan ante la misma o ante la creencia de que están enfermos, y cómo el rol del enfermo varía entre culturas y grupos sociales (este ámbito de forma secundaria a la Psicología y a la Sociología).
- Los determinantes de la enfermedad (entorno —físico y social— y estilos de vida particularmente) y el análisis de la carga global de morbilidad de una sociedad.
- Los principios de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- La financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios.

Las actitudes médicas que pueden verse favorablemente impregnadas por la Economía abarcan también varias áreas:

- El reconocimiento de los derechos del paciente (las utilidades relevantes).
- La habilidad para enfrentarse a la incertidumbre.
- La conciencia de las responsabilidades éticas que la contradicción, en ciertos casos, entre persecución del bienestar de un paciente y persecución del bienestar del colectivo de pacientes origina.

---

comunicación médico-enfermo-familia, ética profesional, práctica interdisciplinaria, investigación y formación continua.

IV.  
RECOMENDACIONES DE LECTURA

La tabla 1 recoge una serie de obras de «Economía» de utilidad para el estudiante de Medicina. El enfoque económico y el enfoque sanitario abordan los problemas de salud de forma equivalente: ambos se plantean como mejorar la salud de las poblaciones y su satisfacción con los servicios sanitarios dados unos recursos. Este estudiante de Medicina no necesitará una asignatura de Economía en el pregrado. Si la investigación económica sobre la salud de las poblaciones y de individuos y sobre servicios sanitarios continua contribuyendo a los conocimientos y actitudes relevantes para un médico entrará de forma natural en los curriculum.

La situación cambia en la formación de postgrado y continuada donde ya tiene sentido la inclusión de contenidos específicamente económicos. Así, para un clínico actual la formación en Economía puede venir motivada por diversas razones: las prácticas clínicas constituyen el sistema nervioso central del sistema sanitario pero no habrá buena medicina sin buena organización sanitaria, la mayor parte de los recursos son asignados por el médico, no hay eficiencia

TABLA 1  
TRES LECTURAS DE «ECONOMÍA»  
PARA UN ESTUDIANTE DE MEDICINA

- Cochrane, A. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Traducción al castellano de Salvat, 1985.
- McKeown, T. *The origins of human disease*. Oxford: Basil Blackwell, 1988. Traducción al castellano de Editorial Crítica, Barcelona, 1990.
- Rose, Geoffrey. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, 1992. Traducción al castellano de Masson Salvat: *La Estrategia de la Medicina Preventiva*, 1994.

sin efectividad, y —por último— la Economía está adquiriendo relevancia como ciencia de la gestión: Tanto de la gestión macrosanitaria, o política sanitaria, como de la mesogestión sanitaria, o gestión de centros sanitarios, y de la microgestión sanitaria, o gestión clínica. En la Tabla 2 aparecen unas recomendaciones de lectura para un clínico interesado en la Economía. Finalmente, en la Tabla 3 se indican los contenidos de un curso dirigido a Jefes de Servicio Clínico, con el énfasis situado en la gestión clínica.

TABLA 2  
LECTURAS PARA UN CLÍNICO  
INTERESADO EN LA ECONOMÍA

- Asociación de Economía de la Salud. *Instrumentos para la gestión en Sanidad*. Barcelona: SG, 1995.
- Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial, 1993.
- Cuervo, J. et al. *Gestión de Hospitales*. Barcelona: Vicens Vives, 1994.
- Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Especialmente los nuevos capítulos sobre coste efectividad y análisis de decisión de las ediciones undécima y duodécima.
- Lobo, Félix. *Medicamentos. Política y economía*. Barcelona: Masson, 1992.
- Meneu, R. y Ortún, V. (eds). *Política y gestión sanitaria: La Agenda Explícita*. Barcelona: SG editores, 1996.
- Martín Zurro, A. y Cano, J.F. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, 3.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Doyma, 1994. Especialmente los capítulos 1, 2, 3, 5, 6, 16, 17 y 20.
- Milgrom, P. y Roberts, J. *Economía, Organización y Gestión*. Barcelona: Ariel, 1993.
- Navarro, Cabasés, Tormo. *Informe SESPAS 1995. La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG eds., 1995.

.../...

## ¿QUÉ DEBERÍA SABER UN CLÍNICO DE ECONOMÍA?

TABLA 2

### LECTURAS PARA UN CLÍNICO INTERESADO EN LA ECONOMÍA (continuación)

- Organización Panamericana de Salud. *Investigación sobre servicios de salud. Una antología*. Washington: OPS, 1992.
- Ortún, V. *Economía en Sanidad y Medicina. Instrumentos y limitaciones*. Barcelona: Hogar del Libro, 1992.
- Phelps, C. *Health Economics*. Nova York: Harper Collins, 1992.
- Regidor, E. *Sistemas de información para la política sanitaria*. En: Del Llano, J.; Ortún, V.; Martín Moreno, J.M.<sup>3</sup>; Gené, J. y Millán, J. (dirs): *Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, en prensa.
- Sackett, D.; Haynes, R.; Guyatt, G. y Tugwell, P. *Clinical Epidemiology. A basic science for clinical medicine*, 2.<sup>a</sup> ed. Toronto: litle, Brown & Co, 1991. Existen traducciones al castellano.

TABLA 3

### CURSO PARA JEFES DE SERVICIO SOBRE CRITERIOS ECONÓMICOS EN LAS DECISIONES CLÍNICAS

#### **Conceptos y condicionantes de la eficiencia en Sanidad**

*Conceptos: Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad.*

*Condicionantes: Competitividad internacional, evolución de la Medicina y Estado de Bienestar. Internacionalización y convergencia.*

- Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, 1993.
- Sen, A. «La vida y la muerte como indicadores económicos». *Investigación y Ciencia*, julio 1993, 6-13.

.../...

TABLA 3

CURSO PARA JEFES DE SERVICIO SOBRE CRITERIOS  
ECONÓMICOS EN LAS DECISIONES CLÍNICAS (continuación)

***Abordajes de la eficiencia en Sanidad y Medicina***

*Eficiencia en Sanidad: Aproximaciones «epidemiológica» y «económica». Eficiencia en Medicina: Obstáculos y estrategia. Gestión sanitaria: Macro, mesa y micro. La introducción de criterios de eficiencia económica en la práctica clínica.*

- Rose, G. «Individuos enfermos y poblaciones enfermas». Reproducido en *O.P.S.: El desafío de la Epidemiología*. Washington, 1988: 900-909.
- Ortún, V. «Incorporación de los criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas». *Información Comercial Española* 1990; 681- 682 (mayo-junio): 117-129.
- Berwick, D. «Continuous improvement as an ideal in health care.» *N Engl J Med* 1989; 320: 53-56.

***Conciencia de variaciones, preocupación por la efectividad y las «utilidades» del paciente, estudios de adecuación.***

*Evaluación epidemiológica y económica. La efectividad objetiva y subjetiva. Medidas de producto final y de producto intermedio.*

- Jané, E.; Barba, G.; Salvador, X.; Salas, T.; Sánchez, E. y Bustins, M. «Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas.» *Gac Sanit* 1996; 10: 211-219.
- Oterino, D. *et al.* «Utilización innecesaria de la hospitalización: Importancia de la gestión a nivel de servicio.» *Rev Calidad Asistencial* 1994; 1: 4-8.
- Williams, A. «Los indicadores de calidad de vida en la distribución de recursos: Los AVAC» *Quadern CAPS* 1990; 14 (nov): 25-31.
- Phelps, C. «The methodologic foundations of studies of appropriateness of medical care.» *New Engl J Med* 1993; 329: 1241-45. Recomendables, en el mismo número, los sendos artículos de Kassirer y Tanenbaum.

TABLA 3

CURSO PARA JEFES DE SERVICIO SOBRE CRITERIOS  
ECONÓMICOS EN LAS DECISIONES CLÍNICAS (continuación)

***Las vías clínicas***

*Técnicas cuantitativas de ayuda a la decisión clínica. Teoría de la decisión, teoría de juegos e investigación operativo (simulaciones incluidas). Incertidumbre, decisiones diagnósticos y terapéuticas. Desarrollo y difusión de las prácticas clínicas: como debería ser y como es.*

- Dixon, A. «The evolution of clinical policies». *Med Care* 1990; 28: 201-220.
- Ortún, V. «Clínica y Gestión». *Med Clin* 1995; 104: 298-300.
- Phelps, C. «Diffusion of information in medical care». *Journal of Economic Perspectives* 1992; 3 (summer): 23-42.
- Magid, D. *et al.* «Prevention of Lyme disease after tick bites». *N Eng J Med* 1992; 327: 534-41. Bonfill, X. «El posible papel de la epidemiología clínica en el hospital». *Revisión en Salud Pública* 1991; 2: 167-184.

***Las vías no clínicas a la eficiencia en Medicina***

*Posibilidades e implicaciones de la introducción de la competencia en la práctica de la medicina. Discusión de las posibilidades y limitaciones de la competencia en Medicina. Financiación de la asistencia, formas de pago y flexibilización profesional y laboral. Organización, incentivos y control. Responsabilidad sobre los costos que se gestionan. La reforma microeconómica de la sanidad.*

- López Casanovas, G. (ed): *Análisis económico de la Sanidad*. Barcelona: Generalidad de Cataluña, 1994.
- Ortún, V. y López, G. «La reforma del sistema sanitario español: radicalismo selectivo». *Hacienda Pública Española* 1993; 1 (Monografías): 15-31.
- Cabasés, J. y Martín, J. Contratos de servicios en el sistema sanitario. En: Asociación de Economía de la Salud (ed.): *Instrumentos para la gestión en Sanidad*. Barcelona: SG 1995; 124-166.
- Schotter, A. *La economía de libre mercado*. Barcelona: Ariel, 1987.



# 12

## EL FENÓMENO DE LA «MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA»\*

Jordi M. Gol-Freixaak\*\*  
Juan E. del Llano Señarís\*\*\*

Dichoso el hombre que busca la sabiduría y que discurre con inteligencia, que medita en su corazón sobre sus caminos y reflexiona sobre sus secretos.

SIRÁCIDA 15, 20-21

¿Qué hay menos sabio que confundir la certeza con la incertidumbre, la falsedad con la verdad?

CICERÓN, De senectute XIX

Afirmaba hace más de 500 años el cirujano Henri de Mondeville: «cualquiera que crea que se puede acomodar la misma cosa a cualquier persona es un inmenso tonto, ya que la medicina no se practica sobre el género humano en general, sino sobre cada individuo en particular».

---

\* Republicado con permiso de *Med Clin* (Barc) 1999; 112 (Su pi 1): 3-8.

\*\* Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad. Madrid.

Fundación Gaspar Casal. Madrid.

\*\*\* Instituto de Posgrado y Formación Continua ICAI-ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Director de la Fundación Gaspar Casal. Madrid.

El médico ejerce su profesión mediante el uso del conocimiento aprendido en sus largos años de formación y el uso de sus habilidades clínicas, es decir, las adquiridas a través de una larga y continuada observación y experiencia, que además no pueden ser transmitidas completamente de forma escrita u oral. Tras completar su educación formal se encuentra que el conocimiento conceptual que ha aprendido, y con el que se maneja, irá menguando progresivamente mientras que las ciencias médicas siguen progresando, con lo que resulta que lo aprendido que todavía retiene pierde vigencia y utilidad. Por otra parte, la proliferación de fuentes de información profesionales crea una doble dificultad, la del acceso material a ésta y la de su evaluación crítica, tanto en el discernimiento de la relevancia de su contenido como en la calidad de la propia información. Un primer intento de facilitar la tarea de acceso a la información fue la iniciativa de estructurar los trabajos originales de manera estándar. Junto a ello aparecieron publicaciones de resúmenes estructurados, como el *ACP Journal Club*. Aun así, sigue vigente el reto de incorporar el resultado de las nuevas investigaciones a la práctica de la medicina, que además, como indicó el editor de la revista *British Medical Journal*, es una cuestión de ética.

El presente artículo tiene como objetivo fundamental aproximar al lector al fenómeno de la medicina basada en la evidencia (MBE) con una posición claramente favorable al mismo, a la vez que crítica.

## I. EL ALCANCE DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

«MBE» es un término conceptual que ha hecho fortuna. A pesar de que su introducción en el ámbito sanitario español, 1996, es relativamente reciente, se ha afianzado con fuerza. Se han publicado numerosos artículos, sobre todo de tipo editorial, hay diversas páginas de

Internet, se multiplican las actividades docentes relacionadas, de pre y posgrado o formación continuada, e incluso existe una lista de correo electrónico específica (Evimed, en la red Iris). El término es usado por organismos, empresas e instituciones. Puede, y debe, ser estudiado como fenómeno, pero, ¿cuál es el alcance del concepto? Cuando se enunció formalmente como tal, auguraba una nueva forma de practicar la medicina que se basaba en un «cambio de paradigma». Paradigma es un término usado en la filosofía y sociología de la ciencia y significa «cada uno de los esquemas formales a que se ajustan las palabras nominales y verbales para sus respectivas reflexiones». Cambio de paradigma quiere decir un cambio de perspectiva básico. Examinaremos seguidamente esta cuestión.

La primera cuestión a plantear puede ser identificar cuáles son los conceptos que quedan englobados bajo el término MBE.

Durante un cierto tiempo se ha usado la expresión MBE sin ninguna definición terminológica explícita y ampliamente aceptada, como si tácitamente se diese por sentado que su significado debiera ser «evidente», lo que no ha resultado ser así. Cuando el Prof. David Sackett, su más significativo promotor, la definió en 1996 como «la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente», el término MBE ya llevaba 4 años en circulación. Esta definición, que es a efectos prácticos la vigente, no ha cerrado la polémica y es ocasionalmente dura.

El término MBE fue utilizado por primera vez por el Prof. Guyatt en 1991 en el *ACP Journal Club*. Adquirió gran visibilidad cuando el Evidence Based Medicine Working Group con formato de manifiesto publica un artículo colectivo en JAMA. En el contexto temporal en el que emerge el término MBE existen dos preocupaciones que se combinan: por una parte, que el ejercicio de la medicina se apoye en el conocimiento generado por la investigación clínica y, por otra, discernir con claridad «opinión» de «autoridad» científica, junto a la necesidad de transmitir eficientemente los resultados de dicha investigación clínica. En este debate se implican explícitamente el

Dr. Smith, editor del *British Medical Journal* y el Institute of Medicine de la Academy of Sciences de los EE.UU.

Hemos argumentado que existen bases «objetivas» para comprender el fenómeno y que consisten en la conjunción de varias tradiciones. En primer lugar, la investigación de nuevos productos farmacéuticos y su evaluación clínica mediante ensayos rigurosamente diseñados y ejecutados, con asignación aleatoria de pacientes, y un grupo control. Esto, hoy día ya forma parte del paisaje habitual de cualquier centro asistencial, no sólo hospitalario sino, sobre todo, si éste realiza alguna actividad docente. Sin embargo, no debiéramos olvidar que el concepto es relativamente moderno; no hace tanto tiempo parecía perfectamente legítimo cuestionar a veces, incluso en publicaciones serias, el propio sentido de los ensayos clínicos como una actividad academicista innecesaria. Precisamente la proliferación de éstos condujo a ciertos pioneros, como el Prof. Ian Chalmers, a establecer mecanismos de registro y compilación de la información contenida en los ensayos clínicos, que luego evolucionó hacia la iniciativa Cochrane. Los ensayos clínicos aportan estimaciones precisas y fiables de la seguridad y eficacia, y en la práctica han devenido el estándar de investigación clínica evaluativa. Al mismo tiempo se han perfeccionado los otros métodos de investigación clínica, importando diseños y conceptos de otras áreas de la salud pública, como la epidemiología poblacional, con lo que ha surgido lo que posteriormente se ha denominado epidemiología clínica. Todo esto ha contribuido a generar una masa inmanejable de datos, no siempre relevantes, para la clínica del día a día. A principios de los años noventa arrancaron diversas iniciativas *paliativas* desde la propia industria editorial: resúmenes estructurados, de lectura clara y fácil (*journal clubs* en diversas revistas de prestigio), que contribuyeron a generar un cierto estado de opinión y una cierta preocupación por los resultados de algunas revisiones. No conviene olvidar la preocupación, probablemente fundada, de que en 1978 sólo del 10 al 20% de las tecnologías sanitarias al uso estaban contrastadas, atribuida a la Office of Technology Assessment. Una

revisión realizada en 1985 por encargo de la Health Care Financial Administration encontró que en el 69% de las tecnologías revisadas, los datos existentes eran insuficientes para evaluar su eficacia (Academy of Sciences).

Un segundo aspecto «objetivo» se presentó cuando, con la ejecución de varios ensayos clínicos, se rechazaron hipótesis con fundamentación fisiopatológica, por los resultados de aquéllos. Ganó en importancia lo observado frente a lo teorizado. Algunos autores extrapolaron esta importancia y la plantearon como una cuestión de autoridad, entre ellos el colectivo Evidence Based Medicine Working Group<sup>L</sup>, influyente, y con un gran impacto de sus publicaciones en la sección de «Medical Literature» de la revista *JAMA*, que contribuyeron, como anteriormente se ha mencionado, a la polémica génesis del concepto de MBE.

La MBE posee, por tanto, implicaciones sobre la naturaleza del conocimiento sanitario; la organización de la transmisión de este conocimiento sanitario; la práctica de la asistencia sanitaria, que debe poder realizarse accediendo a esta información y, por tanto, sobre la misma organización de la práctica asistencial.

Se trata de disponer de bases de datos y ordenadores, pero no sólo de esto. En organizaciones en las que operan equipos multidisciplinares complejos, se trata también de replantear las relaciones entre todos los actores y estamentos, frecuentemente de reorganizar y, a veces, de crear procedimientos, unidades u organismos específicos.

Así mismo, obliga a revisar el concepto de «estado del arte» aportando mecanismos relativamente adecuados para su definición, lo que debiera tener una traducción al concepto jurídico de *lex artis* y sus implicaciones procesales y judiciales (Tabla 1).

Al usar el término MBE surge, muy a menudo en la mente de quien reflexiona sobre su concepto y contenido esta superposición de ideas, o esta doble conjunción, de los elementos conceptuales con los organizativos, y de la teoría con la práctica. Esto tiene que ver con la psicología del lenguaje, lo que en parte explica el propio éxito del término MBE.

TABLA 1  
 EL ALCANCE DE LA MEDICINA  
 BASADA EN LA EVIDENCIA

Plano	Conocimiento médico	Ejercicio de la medicina
Impacto organizativo	1. «Logística del conocimiento» 2. Desarrollo metodológico 3. Bases de datos de evidencias (Cochrane)	1. Organización de la práctica clínica y el acceso a la información 2. Evaluación de tecnologías
Formación	Desarrollo de la metodología de la investigación clínica	1. Habilidades de identificación y recuperación de información médica 2. Habilidades en el análisis crítico de bibliografía (CASP)
Jurídico	Fijación de la lex artis según la MBE	Responsabilidades cuando la práctica no esté basada en la evidencia
Ética	Nuevos problemas por tensiones entre principios (justicia frente a beneficencia)	Énfasis en el principio de beneficencia
Política	1. Limitación de recursos y aumento del gasto 2. Creación de nuevas instituciones 3. Desplazamiento de la autoridad 4. ¿Política sanitaria basada en la evidencia?	Nueva legitimidad en la autonomía del juicio profesional
		.../...

TABLA 1  
 EL ALCANCE DE LA MEDICINA  
 BASADA EN LA EVIDENCIA (continuación)

Plano	Conocimiento médico	Ejercicio de la medicina
Gestión	1. Énfasis en medir la efectividad frente a la eficiencia 2. Énfasis en la evaluación. Medición de resultados ( <i>outcomes</i> ) 3. ¿Gestión sanitaria basada en la evidencia?	1. Necesidad de nuevos y mejores medios y tecnologías para el acceso a la información 2. Efectividad individual a medir

Fuente: Elaboración propia, MBE: medicina basada en la evidencia.

Algunas escuelas de las ciencias cognitivas utilizan el concepto de *lenguaje ericksoniano*, es decir, aquel en el que las expresiones o fórmulas verbales conducen a que el interlocutor introduzca otros conceptos por asociación y establezca conexiones con sentido para él, inducidas por la expresión, pero no contenidas en la misma. En este sentido, «basado en la evidencia» podría considerarse como un gran hallazgo de mercadotecnia.

La segunda faceta de la psicología del lenguaje tiene alcance ético y político, ya que, al ser la evidencia una cuestión no sólo individual e implícitamente objetiva, trasciende al colectivo profesional, lo que obliga a replantear las relaciones con los usuarios, pacientes o no pacientes, y a forzar la explicitación de muchos aspectos de riesgo, beneficio e incertidumbre. Esta presunción de objetividad implícita y su evaluación quedan conectadas con la cuestión de la autoridad y de la legitimidad. Estas cuestiones tienen un alcance considerable, y pueden llegar incluso a replantear cuestiones como la política sanitaria y la libertad clínica.

## II. LA «CUESTIÓN» DE LA EVIDENCIA

Con el concepto MBE se apela a cuestiones relativas a la naturaleza de la ciencia médica o del conocimiento por una parte y, por otra, al uso de este mismo conocimiento en el ejercicio diario clínico. Además, la cuestión del conocimiento aparece unida a la de su organización, generación, intelección, contraste y difusión. como cuestiones intrínsecamente relacionadas. A todo ello lo denominaremos la cuestión de la evidencia.

Por otra parte, es inevitable pensar en la organización cotidiana de la asistencia médica: la MBE debe constituir una cierta manera de ejercer la medicina que puede implicar organizarse de forma diferente y con otra logística.

Los aspectos filosóficos de la naturaleza del saber médico han sido objeto de estudio y debate desde los inicios de la medicina. Los aportes de la investigación clínica cuantitativa han constituido una herramienta adicional para comprobar la relativa idoneidad de los modelos conceptuales de enfermedad, aumentando el campo de observaciones.

### 1. Los ensayos clínicos

El pasado 30 de octubre de 1998 se celebró el 50 aniversario del primer ensayo clínico controlado que publicó Sir Austin Bradford Hill sobre el efecto de la estreptomina en el tratamiento de los pacientes con tuberculosis. Sentó, sin duda, un nuevo estándar. Era controlado porque la mitad de los pacientes recibió la estreptomina frente a la otra mitad de pacientes voluntarios que no fueron tratados y sirvieron de grupo de comparación. Y aleatorizado, o con intervención del azar, porque la mitad que tomó el fármaco fueron elegidos, como la teoría de muestreo estadístico requiere, al azar.

La existencia y el desarrollo de los ensayos clínicos no sólo es consustancial con el desarrollo de la terapéutica farmacológica, sino que también ha contribuido a la mejora de la práctica médica y, por ende, al pronóstico de los pacientes de una forma importante. Ha permitido que las mujeres con una edad superior a los 50 años se hagan mamografías anualmente o que los pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular puedan recibir fármacos reductores del colesterol, previniendo en ambos casos las muertes prematuras. Ahora bien, los ensayos clínicos presentan diversas limitaciones. Las tecnologías que no sean medicamentos son más difíciles de evaluar mediante ensayos clínicos. Resultan caras, y las condiciones son tan controladas que, en ocasiones, son inabordables o fallan en la práctica clínica. Son muy importantes para los investigadores y para quien los promueve y, en ocasiones, no son tan relevantes para los pacientes. La carga de la prueba se presenta frente al placebo o al tratamiento comparador, si bien no siempre es posible comparar algunas innovaciones con placebo o con un tratamiento preexistente, por ejemplo, en casos como la psicoterapia o en muchas circunstancias de intervenciones invasivas. Es decir, el ensayo clínico sólo es planteable cuando las alternativas sean éticamente indiferentes a priori.

La propia naturaleza de su realización, conseguir el registro de una patente, ha hecho que muchos remedios terapéuticos ampliamente extendidos no «patentables» no sean sometidos a la carga de la prueba. No siempre ha sido posible obtener financiación pública para esto y en muchas ocasiones no se ha planteado como tarea de investigación.

Existen problemas adicionales, como una selección de casos restrictiva o inadecuada, la participación sólo de subgrupos demográficos (raza, sexo, ocupaciones especiales, entre otros) cuyos resultados, en ocasiones, exageran sus beneficios reales. El nivel de riesgo en el que se encuentran los pacientes al comienzo del tratamiento influye en el beneficio absoluto de éste. El balance entre beneficios y efectos secundarios del tratamiento será más favorable en pacientes con mayor riesgo de enfermedad. Como ya refirió Rose, en el caso de

la prevención de poblaciones, cada individuo tiene generalmente una pequeña expectativa de beneficio y este pequeño beneficio puede ser fácilmente superado por un pequeño riesgo.

Sin duda, convertir las mediciones relacionadas en beneficio (*outcome*) con mediciones como el número de pacientes que necesitan ser tratados para prevenir un acontecimiento pueden modificar la respuesta de los médicos a los resultados de los ensayos clínicos, presumiblemente en la dirección adecuada.

Los ensayos clínicos tampoco pueden leerse e incorporarse a la práctica clínica de manera directa: prácticas hoy ya abandonadas como la anticoagulación de los pacientes con infarto agudo de miocardio fueron el resultado de la adopción no crítica en su día de los datos de un ensayo clínico. Hay que proceder a la compilación y síntesis de todos los trabajos relevantes. Cuando ésta es explícita y exhaustiva, se conoce como «revisión sistemática». La síntesis cuantitativa de los resultados de los ensayos clínicos se realiza mediante procedimientos específicos como el metaanálisis. La integración de la información de ensayos clínicos y otro tipo de estudios empíricos en un nuevo tipo de documento fue denominada en 1992 por el Institute of Medicine como *practice guidelines* que se suele traducir como guías de práctica clínica (GPC).

La asociación entre el grado de beneficio y el nivel de riesgo debe reflejarse en las GPC y, a ser posible, éstas deben ser enriquecidas con estimaciones del riesgo de los ensayos incluidos en el metaanálisis y examinar de esta forma si las diferencias sistemáticas observadas en el beneficio se relacionan con el grado de riesgo de los participantes en los ensayos.

Los indicadores no fisiológicos debieran ser también valorados en los ensayos clínicos, como el bienestar emocional o la capacidad de realizar actividades sociales. De hecho, aunque minoritariamente, cada vez más se incluyen escalas de medición de la calidad de vida, como la percibe el paciente.

La existencia de herramientas útiles, y que éstas se usen, no siempre se acompaña de un éxito completo. Se suele distinguir entre el

término «eficacia», tal como mide el resultado de la intervención en los ensayos clínicos de «efectividad», que es el resultado obtenido en la aplicación de esta intervención en circunstancias de control y supervisión menores a las de un ensayo clínico, como ocurre en la práctica clínica rutinaria. El impacto de otros determinantes sobre la salud pudiera explicar que la tuberculosis siga matando a 3 millones de personas al año en el mundo, a pesar de contar con eficaces armas terapéuticas, cuyo valor está bien establecido en todo tipo de contextos, y de programas bien diseñados y ejecutados.

## 2. La epidemiología clínica

Siguiendo la definición de Weiss, la epidemiología clínica es el estudio de la variación del *outcome* de la enfermedad y las razones de esta variación. Resalta en las consecuencias de la enfermedad y de la asistencia que se presta. Las respuestas cuantitativas, numéricas, son necesarias pero deben ser puestas en perspectiva teniendo en cuenta los costes y los riesgos de las intervenciones, tanto preventivas como diagnósticas y terapéuticas.

Un problema de los ensayos clínicos es la imposibilidad de que los mismos tratamientos beneficien a todos los pacientes por igual, por lo que la medida de la efectividad, la comprobación de cómo funcionan estos tratamientos en la práctica clínica real, es imperativa. Promover la realización de estudios observacionales, prospectivos, longitudinales, y de otros tipos, a partir del empleo con asignación aleatoria de bases de datos clínico-administrativas, ha sido apuntado recientemente como la «evidencia basada en la medicina». Es más, para algunas condiciones o intervenciones el único diseño apropiado es el registro y el seguimiento, constituyendo una cohorte, lo que se ha incorporado a la normativa de productos sanitarios para los dispositivos de alto riesgo (p. ej., marcapasos) con el término de «vigilancia posmarketing».

Aunque la MBE se sustente en la epidemiología clínica como disciplina básica, su aportación fundamental, conseguir la mejor evidencia externa disponible, junto con lo que esto tiene de moda, está beneficiando a la epidemiología en cuanto disciplina, con lo que ha mejorado tanto en la valoración del interés de la agenda política como en el mundo clínico.

La mejor evidencia clínica externa disponible significa investigación clínica relevante, con el paciente como figura central, con aspectos como la exactitud y la precisión de las pruebas diagnósticas (incluyendo el examen clínico), así como la potencia estadística de los marcadores pronósticos, la eficacia y la seguridad de los regímenes preventivos, terapéuticos y rehabilitadores.

Además, su relativamente reciente incorporación como disciplina instrumental, tanto a la organización como a la evaluación de la calidad asistencial, está propiciando el desarrollo de la gestión clínica y lo que en los EE.UU. se denomina outcomes management.

### **3. La difusión de la información**

El importante desarrollo de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones ha puesto en nuestras manos una serie de recursos hasta hace bien poco impensables. Para muchos observadores uno de los proyectos más encomiables y de mayor enjundia, equiparable al del genoma humano, es la Colaboración Cochrane, que analiza, edita y presenta los resultados de los ensayos clínicos, tanto de los publicados como de los no publicados, y los pone a disposición de médicos y pacientes. El Centre for Review and Dissemination de la Universidad de York, o la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) de Washington son otros dos buenos ejemplos del esfuerzo en curso. Revistas como el *ACP Journal Club* o *Evidente Based Medicine* consiguen extraer la información clínica útil. El papel que desempeñan las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias en nuestro entorno es principalmente el de

transformar la información científica en propuestas y recomendaciones para la acción política.

Sirva lo anterior de preámbulo para adentrarnos en aspectos sustantivos y en la discusión de lo que es y de lo que va a ser la MBE. Razones adicionales a su desarrollo son, entre otras, las siguientes:

1. Incremento constante de nueva información médica.
2. Incremento de la complejidad asistencial, con la comorbilidad a la cabeza.
3. Vacíos existentes en la asistencia sanitaria, variabilidad de la práctica clínica, infrautilización de terapias efectivas, uso de procedimientos peligrosos o inefectivos entre otros.
4. La efectividad de ciertas terapias tiene un margen estrecho de aplicación: activador tisular plaquetario (tpA) útil en las primeras 3 h, tratamiento al paciente afectado de un infarto en las primeras 6 h, etc.
5. Incremento de la preocupación por el crecimiento de los costes sanitarios.
6. Mayor y más activa presencia del paciente-usuario-cliente.

Además de caracterizar lo que entendemos como cuestión de la evidencia, debemos abordar otros elementos clave para intentar completar la comprensión del fenómeno de la MBE, como la práctica de la medicina como recetario, las cuestiones de la excelencia y, finalmente, pero posiblemente la piedra angular de todo lo que se expondrá, la bioética.

### III. LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA COMO RECETARIO DE COCINA

En el ejercicio de la medicina se toman constantemente decisiones diagnósticas y terapéuticas que se suponen apoyadas en la evidencia científica, aunque con un considerable grado de incertidumbre.

El médico debe optar por decisiones con mayores probabilidades de éxito diagnóstico y terapéutico, incluyendo la valoración del riesgo. La conducta moral en la práctica médica se realizará conforme a las reglas de la lógica fisiopatológica, las probabilidades y el conocimiento de los avances de la ciencia médica. En la actuación del médico hay que anteponer «primero no dañar» a «al paciente hay que proporcionarle lo mejor». Para ello, el médico tiene el imperativo moral de estar informado de las innovaciones tecnológicas y tener la capacidad de discernir las ineficaces de las apropiadas, lo que nos recuerda que la medicina es una práctica, en última instancia, de base empírica. Generalmente este tipo de debates se acompañan de consideraciones metodológicas con respecto a técnicas para conseguir evidencias, de cómo tratarlas o de cómo difundirlas (el metaanálisis frente a ensayos clínicos amplios, iniciativa «CONSORT», entre otras).

Que la toma de decisiones frente a un enfermo sea protocolizable provoca inquietud. ¿Qué hay detrás de esta inquietud? ¿Qué es lo que se supone que se está cuestionando? Hay una pérdida de libertad, libertad clínica y, por tanto, de poder. Hay que rendir cuentas, pero ¿cuáles y ante quién? La protocolización pone su atención en aquello que los grupos de pacientes tienen en común y también en lo que las diversas circunstancias asistenciales, así mismo, tienen en común. Entonces, ¿quién, dónde, cuándo, cómo se consideran los aspectos dispares, o distintivos, o individuales de cada paciente, o de cada profesional, o de cada circunstancia? Una posible respuesta, desde la MBE, puede ser que las insuficiencias de ésta se tratan con más MBE, haciendo preguntas como: ¿este paciente hubiera cumplido los criterios de inclusión y no los de exclusión de este ensayo clínico?, ¿o de este análisis de subgrupos?

Ningún seguidor de la MBE negará que con frecuencia estas preguntas no tienen fácil respuesta: entre las dificultades más delicadas se encuentra la de la comorbilidad, delicadas tanto desde el punto de vista metodológico como práctico. Y la comorbilidad es un problema prevalente y creciente, por su difícil clasificación en parámetros.

En sus manifestaciones más extremas la MBE ha sido acusada de conducir a una medicina de recetario, a nuestro juicio con razón. Probablemente no es factible buscar la evidencia en la cabecera del enfermo, ni tan siquiera deseable. Por otra parte, no se puede obviar la contradicción temporal entre el tiempo y el esfuerzo requeridos para realizar una revisión sistemática aceptable con el *desideratum* de llevar todas las evidencias «puestas».

La participación del paciente en la toma de decisiones sobre su propia asistencia, y el efecto beneficioso (y medible) que tiene sobre el resultado, son un tema especialmente apreciado por muchos seguidores y promotores de la MBE. Este aspecto debe examinarse a partir del principio de autonomía, y obliga a reexaminar desde otro ángulo toda la cuestión de la educación sanitaria, soberanía del paciente y la transferencia tutelar.

Este fenómeno —el traspaso de parte de la decisión sobre el paciente— tiene diversas consecuencias, más allá del desarrollo de herramientas para que esta toma de decisiones sea factible, herramientas cuya sofisticación va mucho más allá del consentimiento informado. El paciente empieza a devenir actor activo del proceso de toma de decisiones sobre la asignación de recursos, un actor progresivamente mejor informado. Lo que conduce a que, así mismo, sea interlocutor de las distintas fuerzas activas en este proceso. Precisamente por esta razón, la politización de los temas sanitarios, especialmente cuando son percibidos como relevantes por alguna minoría organizada, adquiere otro cariz (Tabla 2).

#### IV. LA CUESTIÓN DE LA EXCELENCIA

Un distinguido historiador y estudioso de la bioética, el Prof. Diego Gracia, en un capítulo de un libro reciente ha desarrollado un abordaje que promete clarificar el asunto. En él analiza la doble relación, por una parte, de la gestión empresarial con la cuestión de los valores

TABLA 2  
BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA MEDICINA  
BASADA EN LA EVIDENCIA

<b>Beneficios</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Marca como objetivo la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa (procedente de revisiones sistemáticas de investigaciones clínicas, fundamentalmente ensayos clínicos) disponible.</li><li>2. Tiene en cuenta las preferencias del paciente informado 3. Fomenta y organiza el autoaprendizaje.</li><li>3. Transforma las necesidades de información en preguntas de investigación contestables.</li><li>4. Evalúa la solidez de la evidencia con la respuesta a dichas preguntas 6. Valora críticamente la validez (acercarnos a la mayor veracidad) y la utilidad (aplicabilidad clínica) de la evidencia.</li><li>5. Énfasis hacia la evaluación de las actuaciones clínicas.</li><li>6. Eleva la autonomía individual (del médico) ante el juicio de las fuentes, lo que conlleva a resaltar el papel de la libertad clínica.</li><li>7. Enfrenta en el plano individual del comportamiento bioético: beneficencia y no maleficencia.</li></ol>
<b>Limitaciones</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pérdida relativa de posición del pensamiento fisiopatológico de la práctica clínica.</li><li>2. Minusvalora la experiencia, el instinto, lo que la medicina tiene de arte y oficio.</li><li>3. Falta de tiempo, habilidades y medios para revisar y valorar críticamente la evidencia de forma cuidadosa, especialmente en el contexto de la atención primaria.</li><li>4. Falta de una clara definición de lo que significa efectividad y qué efectividad debe ser considerada.</li><li>5. Minusvalora las consecuencias de la MBE más allá de la práctica clínica: distribución de recursos, política sanitaria y gestión clínica.</li><li>6. Riesgo de caer en el fundamentalismo metodológico.</li></ol> <p style="text-align: right;">.../...</p>

TABLA 2  
BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA MEDICINA  
BASADA EN LA EVIDENCIA (continuación)

Limitaciones
7. Pérdida del balance adecuado entre las decisiones coste efectivas y las decisiones basadas en la MBE.
8. Agravamiento de la disputa entre economistas, gestores y médicos
9. Pasar a un segundo plano el comportamiento bioético de la justicia distributiva y de la eficiencia.

Fuente: Elaboración propia, MBE: medicina basada en la evidencia.

y, por otra, la legitimación de las profesiones también con la cuestión de los valores.

Los profesionales sanitarios se mueven, en su quehacer profesional diario, sobre dos ejes referenciales en su toma de decisiones: en primer lugar, el hipocrático *primurn non nocere*, o en términos bioéticos, la no maleficencia, y, en segundo, el principio de beneficencia. El margen entre ambos marca el rango que tiene la autonomía profesional de los sanitarios: existen unos mínimos exigibles y un horizonte, en el eje de la calidad, que apunta a la dirección de la excelencia.

Parafraseando a Gracia en su analogía militar, es la distinción cualitativa entre el cumplir con el deber y el heroísmo. Al profesional—todo profesional— pero especialmente al sanitario, se le supone el deseo de avanzar en este eje, e intentar llegar tan lejos como su talento y sus circunstancias le permitan.

Cuando desde la gestión empresarial se pone casi todo el énfasis en cuestiones de eficiencia en la producción de servicios, a veces no quedan reservas de comprensión para los aspectos de individualidad del encuentro clínico y de sus participantes. En este contexto los profesionales se pueden sentir amenazados en su propia línea de flotación al encontrarse institucionalmente limitados en su propia posibilidad de excelencia.

Sobre estas premisas, la MBE puede ser percibida de varias maneras: como una posibilidad de encuentro, como un arma ofensiva o como un arma de doble filo. Existe preocupación en algunos sectores profesionales ante la posible trivialización de la MBE por parte del mundo de la gestión y su eventual uso restrictivo o cercenador de opciones.

V.  
LA BIOÉTICA Y LA MEDICINA  
BASADA EN LA EVIDENCIA

En un opúsculo reciente, un distinguido profesor de *social policy* afirma: «...la MBE tiene consecuencias que superan las decisiones sobre tratamientos médicos. Tiene efectos importantes sobre política y gestión, que la hacen indefendible. Sin embargo, es importante recalcar que no es la MBE per se, sino sus aplicaciones en los actuales sistemas de salud, lo que provoca la controversia...». «...La MBE tiene claramente ramificaciones que van más allá de la gestión médica y su impacto se extiende a la política, la filosofía, y la ética», «...una de sus dificultades es la falta de definición de lo que significa efectivo y de qué efectividad estamos hablando...». Estas son afirmaciones que, por su propia gravedad, debieran merecer un atento examen sobre cuál es la naturaleza de estas aseveraciones y las implicaciones en el debate actual sobre cómo mejorar la eficiencia de los servicios de salud.

Durante muchos años han prevalecido los principios de comportamiento bioético sustentados en el plano individual, es decir, fundamentado en principios como el de la beneficencia y el de la no maleficencia. Hay pensamientos muy arraigados como «la salud no tiene precio», «hacer todo lo que haga falta», que forman parte de nuestra cultura y tradición más ancestral. Sin embargo, cada vez son más tenidos en cuenta los otros dos principios de la práctica bioética, es decir, el principio de la justicia y el principio de la

autonomía. Éstos están sustentados en el plano social, donde el beneficio social y las «elecciones», o preferencias (*public choices*) van ganando terreno.

Posiblemente, es la persecución de una práctica médica eficiente el eje que debiera unir, de forma ideal, ambos planos. Como afirma literalmente el Prof. Alan Williams: «viene siendo hora de coger al toro por los cuernos y que la sociedad participe en un debate responsable sobre cómo decidir el orden de prioridades en la asistencia sanitaria, sobre las tensiones entre el potencial de la medicina moderna y el hecho innegable de que sólo se dispone de recursos limitados, y sobre los principios éticos que deberían determinar las soluciones de dichas tensiones».

Tienen especial interés aquellos aspectos en los que existen discrepancias. Desde la lógica bioética recogemos especialmente dos áreas. La primera es la ya apuntada cuestión de la «medicina de libro de cocina». La segunda es una cierta revitalización de la antigua disputa de médicos frente a economistas, en la que la aparición de la MBE parece haber descolocado a los elementos más beligerantes del campo económico ya que resitúan ciertas relaciones de poder y legitimidad. El argumento a favor del beneficio individual está mucho mejor estructurado y es, en términos de eficacia política, mucho más importante al dar transparencia al efecto sobre el paciente individual de las intervenciones asistenciales. Esto hace mucho más difícil plantear cualquier medida restrictiva ante cualquier opción que tenga algún tipo de beneficio medible para algún colectivo que potencialmente pueda verse beneficiado de tal medida.

## COMENTARIO

Joaquim Camprubí\*

Los años transcurridos desde la publicación del artículo de referencia —y del conjunto de los dos números extraordinarios de Medicina Clínica sobre la MBE— nos permiten echar una mirada crítica sobre el desarrollo de esta metodología de toma de decisiones en nuestro país.

### I.

#### ¿QUÉ HEMOS HECHO?

Mientras que en la última década del siglo pasado, en los países anglosajones la MBE tenía un fuerte respaldo de los centros de investigación públicos, de las Universidades y de los grandes grupos editoriales que gestionaban el conocimiento médico, en España puede atribuirse los inicios de la MBE a dos vectores convergentes. Por un lado, un grupo de investigadores, aglutinados entorno al ISCIII, desarrollaron la epidemiología clínica —en contacto con los centros de excelencia internacionales— elaborando propuestas que pretendían que las decisiones clínicas, de gestión de servicios sanitarios, de política sanitaria tuvieran un mayor fundamento científico que el que demostraban hasta entonces.

Por otro lado, dos compañías farmacéuticas innovadoras (MSD y Novartis) dedicadas a la investigación, desarrollo y comercialización de nuevos medicamentos —es decir, promotoras de ensayos clínicos, entre otras características— vieron la oportunidad de colaborar con el SNS y con los profesionales más vanguardistas —y, de paso, diferenciarse de las demás— promoviendo que la toma de decisiones sanitarias, clínicas y de gestión, se basara en evidencias

---

\* Gerente Regional de Calidad Asistencial para Andalucía, MSD.

de la mayor calidad. Efectivamente, hace algo más de una década —y todavía hoy, aunque con más matices— los ensayos clínicos eran considerados como la mejor y más fiable fuente de evidencia, por lo que la pretensión de que las decisiones que afectaban a la salud de los pacientes y a la organización de la asistencia sanitaria estuvieran respaldadas por ese tipo de investigación fue rápidamente bien aceptada por los distintos grupos de interés relacionados con su diseño, realización, difusión, publicación e implementación

Así, las ediciones de las primeras obras de MBE en español —tanto traducciones de originales anglosajones, como de autores españoles— fueron patrocinadas y distribuidas por esas dos compañías.

Finalmente, los inicios del uso de Internet de forma generalizada para acceder a información, transmitirla, almacenarla y recuperarla con eficacia, rapidez y costes decrecientes, facilitó que muchos profesionales —aquí hay que rendir un especial tributo a Rafa Bravo [www.infodoctor.org](http://www.infodoctor.org), del que todavía seguimos aprendiendo— tuvieran fácil acceso a evidencias y se enfrentaran a la posibilidad de fundamentar sus decisiones clínicas en las demostraciones más recientes y de metodología más robusta. Iniciativas como [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com) ó CASPE [www.redcaspe.org](http://www.redcaspe.org) también son buenos ejemplos de cómo los profesionales han sabido utilizar las TIC para el desarrollo de sus propios espacios de formación, análisis y discusión de evidencias.

Rápidamente, varios grupos editoriales, con DOYMA-Medicina Clínica a la cabeza, comprendieron que la MBE situaba al sector de la evaluación y difusión de las evidencias en el centro de la metodología de toma de decisiones, por lo que abrieron sus páginas a esa nueva corriente metodológica con mayor facilidad que la demostrada unos años antes con su precursora epidemiología clínica.

La confluencia del potencial formativo de la industria farmacéutica, con profesionales expertos, con grupos editoriales y con la simplificación de las tecnologías de la información y de la comunicación, facilitó a finales de los 90 y primeros años de este siglo, una explosión de conferencias, talleres, grupos de trabajo, publicaciones, etc., que dieron a conocer la metodología MBE y sus posibles aplicaciones.

A medida que avanzaron los dos mil, asistimos a la disminución del apoyo explícito de la industria farmacéutica y la llegada del sector público, con centros e iniciativas entre las que cabe destacar por su ámbito nacional el CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Guía Salud [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es) o el Centro Cochrane Iberoamericano [www.cochrane.es](http://www.cochrane.es) que extienden su labor por los distintos compartimentos del SNS. En la misma dirección varios Servicios Regionales de Salud han creado Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que han utilizado la MBE para la elaboración de recomendaciones, mientras otros han creado áreas de formación en MBE y ofertan apoyo metodológico a sus profesionales convencidos de que acercar esta metodología a los médicos será más beneficios que perjudicial para sus pacientes y para su organización. Finalmente, con el retraso tradicional de estas instituciones en nuestro país, las Sociedades Profesionales también se sumaron a esta tendencia albergando en sus congresos y revistas artículos relacionados.

El resultado de todo este despliegue de esfuerzos públicos, privados, profesionales, mercantiles, etc., a favor de que la Medicina se Base en Evidencias es que, desde hace unos años, no hay declaración pública de política sanitaria al nivel que sea que no pretenda fundamentarse en el conocimiento científico, dejando de utilizarse, al menos explícitamente, las recomendaciones que no desvelan su metodología. Quizás hay pocas iniciativas que hayan alcanzado tal unanimidad formal en el panorama sanitario español, lo que justifica sobradamente el denominativo «fenómeno» que se emplea en el artículo de referencia.

No podemos decir lo mismo en cuanto a su potencial como nuevo paradigma de la práctica de la medicina, como gustaba calificarla a los padres de la MBE. Posiblemente, porque tal novedad ha estado restringida al plano instrumental y no ha afectado a lo fundamental de la medicina que no es su fundamento científico, sino la aplicación de este a resolver problemas de salud del paciente. Y es que en lo que atañe a ese objetivo primordial de la medicina, la ciencia tiene una parte, pero la experiencia profesional y la relación

entre el médico y el paciente—y sus respectivos entornos profesionales y familiares—tienen también mucho que hacer.

En general, lo que en el artículo de referencia y en los textos fundacionales se denomina el alcance de la MBE ha quedado en muchas potencialidades—sobre la bioética, la gestión, la política, la organización sanitaria, el rol asignado a los pacientes, etc.— que no se han traducido en hechos, ni siquiera en tendencias de cambio. La relación de «beneficios y limitaciones de la MBE» sigue tantos años después pendiente de encontrar reflejo en nuestra realidad.

## II. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

En estos años que nos ha acompañado el artículo, hemos aprendido varias cosas y hemos confirmado otras:

1. *El mito de la medicina científica*: como dice el artículo es probable que ni siquiera sea deseable buscar la evidencia en la cabecera del enfermo, sino que en ese escenario el médico y el enfermero deben priorizar otras habilidades, entre ellas gestionar su propia incertidumbre y ansiedad por no equivocarse. Saber escuchar, saber captar información no verbal del enfermo y de su entorno, entender y respetar sus valores y prioridades son cualidades difíciles de adquirir si no es con la práctica al lado de otros colegas más expertos en el trato con el paciente. Quizás no hemos atendido suficientemente la ambigüedad que subyace en el término «basada», que sugiere una cimentación de evidencias científicas sobre la que se construye una práctica médica que pretende resolver problemas de la persona a la que atiende.

A diferencia de las primeras clasificaciones de evidencia y su peso en las recomendaciones, la metodología GRADE, [http://www.gradeworkinggroup.org/\\_ES](http://www.gradeworkinggroup.org/_ES) ya incorpora esta flexibilidad de la evidencia frente a otros factores que la modulan, diferenciando

la calidad de las evidencias de la fuerza de las recomendaciones operativas, reconociendo explícitamente que hay otros factores más potentes que las evidencias más robustas ya que condicionan su aplicabilidad.

2. *La construcción social de la evidencia científica*: Las evidencias aparecen en contextos muy determinados e identificables que tiene relación con algunas necesidades de los pacientes y también con otros factores. Si por evidencias entendemos los resultados de la investigación que han sido publicados y por tanto son conocidos y accesibles, estamos definiendo una serie de factores que influirán desde qué se investiga o cómo hasta qué se publica, por quién y dónde.

Como en tantos otros aspectos de la provisión de cuidados en nuestro estado de bienestar tendemos a ser maximalistas: nos gustaría disponer de evidencias que iluminen la mayoría de las decisiones sanitarias, tanto en la práctica individual, como en su organización y gestión. Olvidamos que generar evidencias robustas es muy caro y solo está al alcance de grandes grupos inversores que deciden dónde y con qué expectativa de rentabilidad colocan sus inversiones. Hasta esta primavera del 2011 se nos había olvidado que incluso cuando se trata de una investigación promovida y realizada por un promotor público, también consume recursos que hay que financiar, contribuyendo al incremento de la deuda pública. La hipótesis de que los hallazgos de la investigación pueden aumentar la eficiencia del sistema no ha sido confirmada en la práctica debido a la incapacidad para sustituir prácticas obsoletas por las nuevas.

Una vez generada una evidencia, debe ser difundida y puesta a disposición de sus potenciales usuarios. Aunque en estos últimos años se ha avanzado mucho en la rapidez y difusión de los resultados de las investigaciones, el mundo de las publicaciones médicas sigue jugando un papel determinante en la construcción social de la evidencia. A pesar de los avances en lectura crítica de la literatura científica y del pretendido rigor en los sistemas

de evaluación pre-publicación, la tensión entre rapidez en la diseminación del conocimiento y su calidad no siempre está resuelta a favor de esta última: cualquier investigación mínimamente bien elaborada acaba encontrando su hueco para su publicación, generando opinión, citas bibliográficas, etc., aún después de que haya sido descalificada por la «comunidad científica». Por otro lado, los promotores— públicos y privados—de las investigaciones tienden a no desarrollar líneas de investigación opuestas a sus intereses y a no publicar resultados opuestos a sus hipótesis de partida, por lo que hay pruebas abortadas antes de llegar a ser evidencias y otras que nunca ven la luz. Los sistemas de registro de ensayos clínicos deberían ser más eficaces en la recuperación y difusión de investigaciones no publicadas y en la incorporación de otras metodologías de investigación que sin ser ensayos clínicos, también generan conocimiento útil para la toma de decisiones.

Los propios investigadores y los centros en los que trabajan—no siempre coincide con los centros promotores de la investigación— no son ajenos esa construcción social: el interés en aportar conocimiento relevante para mejorar la salud de la población o para ganar en eficiencia en la prestación de servicios, el prestigio, la carrera profesional, etc., son incentivos a la participación de profesionales en investigaciones que interesan, en primer lugar a su promotor ya sea este público o privado, pero que no tienen aseguradas su impacto en la provisión de cuidados. El refinamiento y exhaustividad en las declaraciones de conflictos de intereses en las publicaciones científicas no ha sido suficiente para poner los intereses de los pacientes delante de los intereses de los profesionales o de los centros de investigación, posiblemente porque los incentivos monetarios no son los únicos que actúan.

En definitiva, accedemos a las evidencias que diversos grupos han tenido interés en generar y en hacer accesibles, lo que no siempre coincide con las evidencias que nos gustaría tener para tomar decisiones más acertadas.

3. *Lectura crítica de la literatura científica*: en estos últimos años ha habido un gran desarrollo de herramientas para mejorar nuestras habilidades en lectura crítica de cualquier tipo de estudio publicado. Y también para trasladar esta lectura a las recomendaciones de actuación operativa. Hemos aprendido que la relevancia clínica de los resultados de una investigación no se detecta con la lectura crítica hecha en un despacho metodológico y que exige conocimiento clínicos que no siempre el metodólogo tiene. La figura del clínico que tendrá que aplicar las recomendaciones ha ido creciendo recuperando el primer lugar en la MBE: debe ser el clínico el que selecciona la evidencia científica en relación a la capacidad de esa evidencia de resolver sus necesidades de tomar decisiones relevantes para el enfermo.

Por otro lado, los problemas de validez externa de los ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego han devuelto importancia a otras investigaciones, tipo ensayos clínicos pragmáticos o estudios observacionales, que puede aportar mucha información válida para tomar decisiones.

4. *El papel de los expertos*: en este punto es posible que el artículo de referencia se haya quedado muy lejos de la realidad. Contrariamente a los deseos expresados por los padres de la MBE, los expertos han seguido siendo expertos —a los que se han añadido los «evidenciólogos»— y la autoridad en la toma de decisiones la sigue teniendo quién la tenía hace una década. Como en otras áreas de nuestra sociedad, las corrientes de fondo que determinan quién es quién, quién influye y quién es influido, siguen operando por debajo —o por encima, según se mire— de las modas o de los intentos de cambio más o menos abrupto. Seguramente la autoridad deriva de otras características impermeables al conocimiento científico ni la MBE ha cambiado el paradigma de la práctica clínica ni ha cambiado la correlación de fuerzas en la toma de decisiones clínicas y de gestión.
5. *La gestión clínica*: Uno de los productos más importantes de la MBE ha sido el reforzamiento del papel del médico en entornos

de gestión en los que se le transfiere responsabilidad sobre los recursos. La denominada gestión clínica, en la medida en que los profesionales están comprometidos con el uso de los recursos y la obtención de resultados clínicos, sitúa a la Medicina Basada en la Evidencia en el eje de la negociación entre profesionales y directivos. En aquellas ocasiones en las que las medidas de gestión tienen objetivos economicistas alejados de los objetivos asistenciales, la posibilidad de fundamentar las decisiones clínicas en pruebas permite a los clínicos reivindicar su criterio a la cabecera del enfermo.

Así mismo, la MBE facilita la negociación entre niveles asistenciales, entre UGC que pueden tener objetivos distintos sobre el mismo enfermo crónico, simplemente porque se sitúan en ámbitos asistenciales distintos, como ocurre con frecuencia con el uso de medicamentos o con los criterios de derivación entre niveles. La MBE lejos de disminuir la libertad del clínico frente a sus gestores, le ofrece la metodología más poderosa para argumentar sus decisiones y para situar el cuidado del paciente en el eje de la actividad de los servicios sanitarios.

6. Pero quizás lo más importante que hemos aprendido es que *no es fácil utilizar la MBE* fuera de los despachos, en la cabecera del enfermo, ya sea en la cama hospitalaria, ya sea en la consulta de atención primaria. No solo por la ingente producción de evidencias sino porque, a pesar de los esfuerzos y los recursos invertidos en hacer llegar las evidencias a los ordenadores de los médicos en su lugar de trabajo, la complejidad de la práctica clínica y la diversidad de situaciones a las que tiene que hacer frente hacen del juicio clínico la mejor herramienta de toma de decisiones de la que dispone una organización sanitaria.

### III. ¿DÓNDE ESTAMOS HOY?

Después de andar diez años de la mano del artículo de referencia y de otras obras similares podemos decir que la MBE ya se ha quedado en nuestros servicios y en las declaraciones programáticas y prescriptivas de las organizaciones sanitarias. Formalmente, la MBE ha sido uno de los pocos lugares de entendimiento entre los distintos agentes que desarrollan su labor en el sector y se ha incorporado rápidamente a las instituciones sanitarias del país.

Pero hay algunos elementos que demuestran que queda mucho camino por hacer para que esa unanimidad formal llegue a los pacientes. Por un lado, padecemos una injustificada variabilidad de la práctica clínica—magníficamente analizada por los atlas de variabilidad de la práctica médica [www.atlasvpm.org](http://www.atlasvpm.org)—que demuestra que todavía hay mucha discrecionalidad en las decisiones, que no es lo mismo que juicio clínico ni adecuación de la práctica a las necesidades de los pacientes.

Esta variabilidad de la práctica clínica viene reflejada en la variabilidad de los contratos de gestión que los diversos Servicios Regionales de Salud firman con sus profesionales. No está claro que las urgencias en la gestión permitan decisiones basadas en evidencias. O al menos, no se entiende muy bien que los indicadores que miden la práctica clínica sean diversos según los territorios si los enfermos y las enfermedades son comunes.

También vemos que tan solo un 20% de las Guías de Práctica Clínica que se remiten a Guía Salud son incluidas en el Catálogo, lo que sugiere excesivos problemas metodológicos en su elaboración, sin atrevernos a decir nada de las Guías que ni siquiera pretenden incluirse en ese Catálogo.

Finalmente, la respuesta de los consumos de determinados medicamentos a la aparición de alertas sobre su seguridad, sugiere que la difusión de estas evidencias y su traslación a la práctica clínica es más lenta y menos efectiva que otras evidencias vinculadas a la

aparición de nuevos medicamentos. A pesar de los esfuerzos institucionales, queda mucho por mejorar en la incorporación de la seguridad del paciente en las decisiones clínicas.

Posiblemente, la ausencia de un Centro Español dedicado a promover la utilización de evidencias en la práctica clínica, no solo difundiendo, sino también desarrollando y proponiendo estrategias que mejoren su uso—incluidas propuestas de incentivos y penalizaciones— está detrás de esa dificultad de pasar de la MBE retórica a la MBE real. En estos momentos en que se pone en duda la viabilidad financiera del sector público para atender las necesidades sanitarias de la población española es más exigible que se pongan en práctica estrategias capaces de desalojar del SNS intervenciones no efectivas. Basar las decisiones en evidencias aparece como una responsabilidad de todos los que, sea cual sea la posición que estemos ocupando, creemos que el SNS es pilar del estado de bienestar que vale la pena mantener.



# 13

## ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN LA EVIDENCIA\*

Juan E. del Llano Señarís\*\*  
Ricard Meneu de Guillerma\*\*\*

«You must not tell us what the soldier, or any other man, said, sir»  
interposed the judge; «It's not evidence»

CHARLES DICKENS  
*Pickwick Papers*, 1837; capítulo 34

### I.

#### ¿HA LLEGADO LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA ASISTENCIA SANITARIA?

En los últimos años resulta difícil abrir una publicación médica o asistir a una reunión científica o a un programa de formación sin tropezarse con el término «medicina basada en la evidencia» (MBE). En este trabajo se pretende analizar las oportunidades y las limitaciones de incorporar la MBE a la práctica de la gestión sanitaria, con la

---

\* Republicado con permiso de *Med Clin* (Barc) 1999; 112 (Su pi 1): 90-96.

\*\* Director de la Fundación Gaspar Casal. Madrid.

\*\*\* Vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia.

finalidad de que los diferentes niveles de ésta sean mejor entendidos y más apreciados por el médico, contribuyendo así al acercamiento de las culturas clínica y de gestión.

El componente esencial de la asistencia sanitaria es la gestión clínica (microgestión) llevada a cabo por los médicos en su práctica diaria, que se desarrolla en el marco de una determinada política sanitaria (macrogestión), que se instrumenta a través de los mecanismos facilitadores que han de aportar los responsables de centros e instituciones (mesogestión). El análisis que se presenta está articulado sobre estos tres planos (micro, meso y macrogestión sanitaria) para señalar las repercusiones que, en cada uno de ellos, supone el énfasis puesto sobre la efectividad de las intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y su medida, en la búsqueda de una asistencia sanitaria de calidad. Desde la perspectiva del establecimiento de prioridades sanitarias, cada día más se exige a su proceso transparencia y simplicidad. Aunque la opción tradicional ha sido la priorización implícita, parece razonable pensar que en breve asistiremos a una transición en la que los enfoques explícito e implícito no serán alternativas excluyentes sino más bien complementarias.

Aunque su aparición fulgurante y su actual ubicuidad pueden hacer pensar que la MBE no es más que la última moda sanitaria que más temprano que tarde se reducirá a su adecuada dimensión, el interés por la aplicación de la evidencia a la asistencia sanitaria dista de ser algo nuevo o carente de fundamento. El movimiento que ahora se acoge bajo la denominación MBE—sin pretender afirmar que exista una práctica médica ajena a la evidencia—recurre a los métodos usuales de la investigación clínica, al análisis de decisiones, a la evaluación de tecnologías o a las síntesis de información y revisiones sistemáticas de bibliografía en busca de mejores respuestas sobre la eficacia y efectividad de las diferentes intervenciones sanitarias.

El empleo de estos instrumentos pretende contestar al tipo de interrogantes que comparten gestores sanitarios y médicos: ¿hacemos lo que debemos?, ¿conseguimos lo esperado?, ¿lo obtenemos a un coste

y en un tiempo adecuados? Sin duda, su finalidad es contribuir a «hacer adecuadamente lo que hay que hacer». Algunos ejemplos a los que aplicar los interrogantes planteados podrían ser la detección temprana de metabopatías congénitas en el recién nacido, el cribado del cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años o el tratamiento de la hipertensión arterial en la población mayor de 60 años.

El énfasis puesto en la investigación de resultados debería ser también común a ambas perspectivas, gestión clínica y sanitaria, buscando reducir las incertidumbres en las decisiones asistenciales, explicar las variaciones en la práctica médica, mejorar la efectividad del ejercicio clínico y la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto. Una ilustración simple sería preguntarnos si disponemos de un sistema de «puntuación» simple y explícito que valore la urgencia en la utilización de las consultas externas. Sabemos que existen listas de espera y que en determinados procesos es posible correlacionar la fisiopatología del problema de salud y las demoras que ocasiona la organización del dispositivo sanitario con los resultados clínicos. Seguramente el enfoque más adecuado pasaría por considerar la evidencia particular e identificable del subgrupo de pacientes que obtenga, de la derivación precoz, el máximo beneficio en términos de mejora de la salud, bienestar psicológico y calidad de vida.

Entre los factores previos que contribuyen a explicar el creciente interés por el uso de la evidencia en la gestión clínica y sanitaria cabe destacar algunos estrechamente relacionados:

1. La constatación de variaciones en la prestación de asistencia sanitaria no explicables por los diferentes patrones de morbilidad.
2. La preocupación por la efectividad arrastrada por la innovación tecnológica.
3. La mayor facilidad para acceder a la información clínica y sanitaria.
4. La extensión de las políticas de contención de costes.

Como respuesta a estas preocupaciones se han ido impulsando diversas iniciativas, cuya confluencia ha facilitado la emergencia de la asistencia sanitaria basada en la evidencia (ASBE). Entre éstas hay que comenzar señalando la creciente producción de revisiones sistemáticas de estudios (especialmente ensayos clínicos aleatorizados) sobre la eficacia de las intervenciones y la efectividad de la práctica clínica que resultan un requisito para el desarrollo de la ASBE. En este sentido debe destacar el papel de la Colaboración Cochrane, o la labor de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En la búsqueda de evidencia sobre la efectividad de las intervenciones sanitarias también deben ser considerados los informes de la Universidad de York *Centre for Reviews and Dissemination* o las *Health Needs Assessment Reviews*.

Pero la mera producción de evidencia resulta insuficiente si no se acompaña de la adecuada difusión de sus resultados. Las estrategias para la diseminación de la mejor evidencia disponible han adoptado diferentes medios, que incluyen publicaciones de repertorios como los de la *Agency for Health Care Policy and Research* de los EE.UU., la confección de los CD de la *Cochrane Library*,<sup>1</sup> iniciativas como *GAVEL* y las bases de datos *TRIP (Turning research into practice)* o la edición de las revistas *Evidence Based Medicine*, *Evidence Based Health Care*,<sup>2</sup> *ACP Journal Club* y otras. También son de interés los boletines *Bandolier*<sup>3</sup> y *Evidence Based Purchasing*<sup>4</sup> accesibles a través de la red, así como los *Effective Health Care Bulletins* del National Health Service, publicación bimensual que examina la efectividad de una amplia variedad de intervenciones sanitarias. En España está a punto de aparecer una publicación de similar inspiración destinada a contribuir a la difusión de la evidencia disponible sobre efectividad de las intervenciones sanitarias entre los profesionales de la gestión clínica y sanitaria.

---

<sup>1</sup> <http://hiru.mcmaste.ca/COCHRANE/DEFAULT.HTM>

<sup>2</sup> <http://www.ihs.ox.ac.uk/ebhc/>

<sup>3</sup> <http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/index.html>

<sup>4</sup> <http://www.epi.bris.ac.uk/rd/pubicat/ebpurch/index.htm>

II.  
LA APLICACIÓN DE LA MEDICINA BASADA  
EN LA EVIDENCIA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En su práctica diaria un médico se enfrenta con multitud de problemas para la resolución de los cuales dispone de recursos limitados; entre ellos se encuentran la disponibilidad de tiempo, los conocimientos existentes o las posibilidades de actualización. El primer paso para resolver este conflicto consiste en decidir qué problemas resultan más importantes para dedicarles una atención prioritaria. El segundo paso exige determinar la mejor estrategia para manejar dichos problemas. Algunas actuaciones—como la administración de adrenalina en un shock anafiláctico—son tan claramente efectivas que apenas precisan evaluación. Lamentablemente, en la mayoría de las prácticas la efectividad de las diversas formas de actuación no es tan obvia y se requiere acudir a evaluaciones rigurosas de sus resultados para prestar la asistencia más adecuada. En otras ocasiones, cuando la bondad de los resultados no es inequívoca, el médico—en ejercicio de su libertad clínica—debe aplicar su conocimiento sobre la información disponible a las circunstancias individuales de cada paciente.

Conforme una sociedad progresa, el componente «calidad de vida» en la prestación de los servicios sanitarios aumenta. Su carácter subjetivo y multidimensional hace inevitable la participación activa del paciente para ayudar a establecer el curso de acción más efectivo. El médico debe disponer de información válida sobre los diferentes resultados de las distintas alternativas. De este modo, sus juicios serán más informados y permitirán la incorporación de las preferencias y los valores de los pacientes, dándoles previamente adecuada información pronóstica. Por tanto, son los médicos los que deben tener en cuenta la influencia de sus tratamientos sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de sus pacientes, obteniendo esta información de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Los instrumentos que miden la CVRS, si son sensibles, válidos e interpretan las

experiencias relevantes para la mayoría de los pacientes, deberán orientar cada vez más al médico en sus decisiones. La necesidad de compatibilizar la abundante actividad de muchos médicos con la lectura y valoración del ingente volumen de información que reciben—que no suele ser la que precisan—unida a la dificultad de acceso a la bibliografía pertinente explica, parcialmente, la utilización no óptima de los recursos que la investigación científica proporciona y pone a su alcance. Entre los problemas inherentes a la aplicación de la MBE destaca el limitado tiempo dedicado a la lectura científica—entre 100 y 170 minutos/semana—lo que contribuye a explicar el todavía no muy claro impacto de la MBE sobre los hábitos de la práctica médica.

Está documentada la utilización en ocasiones de intervenciones sanitarias inefectivas y en algunos casos peligrosas. De modo inverso, existe evidencia de la infrautilización, en pacientes con enfermedad coronaria, de algunas terapias efectivas como el ácido acetilsalicílico, los bloqueadores beta o algunas estatinas. Además, algunos tratamientos eficaces pueden resultar desastrosos si son administrados a pacientes que no deberían recibirlos. Lo importante es sopesar la introducción y el uso de las nuevas tecnologías y procedimientos no sólo con valoraciones de la eficacia sino también con consideraciones sobre la eficiencia de sus resultados. Un ejemplo de este tema proviene de la aportación de la bibliografía sobre eficiencia al comité de farmacia hospitalario que deba decidir sobre las directrices para la utilización de la estreptocinasa y el activador del plasminó —geno (t-pA)— cuyo precio es diez veces superior en el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM). Los estudios «clave» encontrados sobre la relación coste-efectividad resultaron ser un análisis de decisión y un análisis de datos económicos recogidos de manera prospectiva en el marco del ECA Global Utilization of streptokinase and t-pA for occluded coronary arteries (GUSTO), en el que se compararon ambas medicaciones. La valoración de los costes y de los resultados incrementales, junto a la asunción de riesgos y costes por los beneficios que proporcionan ambas terapias

calculados por año de vida ganado según subgrupo de edad y grado de afectación miocárdica, hizo que el comité de ese hospital adoptara la siguiente estrategia: estreptocinasa para los pacientes de menos de 60 años con infarto de cara diafragmática y para los pacientes de edad igual o inferior a 40 años con un infarto de cara anterior, utilizándose en los demás pacientes la t-pA.

Los avances en el ámbito de la práctica clínica exigen que las decisiones médicas estén cada vez más apoyadas en la evidencia científica. Un ejemplo reciente que puede ilustrar la transición entre «hacer lo que parece mejor» y «saber lo que es mejor» proviene de los resultados del Ensayo sobre la Diabetes, su Cuidado y Complicaciones (DCC). Mientras los endocrinólogos creyeron durante décadas que la terapia intensiva para insulín dependientes mejoraba sus resultados, hoy día todos los médicos saben—a partir de los hallazgos del DCCT—qué beneficios se derivan de dicho tratamiento, y también conocen los acontecimientos adversos que cabe esperar. Se sustituye así la confianza en la opinión de los expertos por la más fiable evidencia científica creíble.

Como se ve, no sólo existe más bibliografía médica, sino que también se dispone de terapias más efectivas. Hace 15 años, por ejemplo, la insuficiencia cardíaca congestiva era tratada con dieta pobre en sal, diuréticos y digoxina. Desde entonces, los ensayos clínicos han demostrado de manera convincente que los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA) mejoran la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con fallo cardíaco. En los últimos años, un tipo de medicamentos que previamente habían estado contraindicados en el fallo cardíaco (los bloqueadores beta) han demostrado ser beneficiosos en algunos pacientes con esta afección. Otros muchos nuevos fármacos están siendo evaluados de forma activa para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y es probable que en los próximos años algunos de ellos obtengan su autorización sanitaria. El aspecto positivo es que las nuevas terapias suelen estar apoyadas en poderosas evidencias. Su contrapartida es que tratar una alteración bastante común se complica más y más, lo que exige una

más cuidadosa consideración de las características del paciente en relación con la población sobre la que se han realizado los ensayos.

Como médicos que ejercemos la medicina o como pacientes que nos podemos beneficiar de ella, nuestro interés se centra en la efectividad (los resultados) de lo que hacemos o de lo que nos hacen. El actual desarrollo de las técnicas de investigación y las tecnologías de la información permite cuantificar con precisión los resultados de las distintas opciones terapéuticas empleadas en un determinado servicio clínico. El desarrollo de las organizaciones sanitarias posibilitado por los avances tecnológicos facilita un mejor y más rápido conocimiento de los efectos de las intervenciones sanitarias, lo que anuncia un cambio de paradigma y una transformación profunda de la práctica de la medicina en la que se acentuará el énfasis sobre la medición de resultados.

¿De qué manera se traduce esto en la práctica clínica? El médico, ante un determinado problema de salud, realiza una búsqueda ordenada de la evidencia disponible, jerarquiza la misma y procede a SU interpretación. En ocasiones llega a la conclusión de que la evidencia existente es escasa e inadecuada. En tal caso, para resolver el problema de salud recurre a la interpretación fisiopatológica y a la opinión de otros colegas, que le aconsejarán basados en su experiencia. Integrando toda esta información transformada ya en datos, tomará una decisión, que será final una vez la haya compartido con el paciente. Si, por contra, tras la búsqueda de la evidencia disponible aparecen resultados de un ensayo clínico o de un metaanálisis relevantes para la solución del problema de salud del paciente, antes de aplicarlos, deberá interpretarlos a la luz de la fisiopatología específica del problema de salud y de las valoraciones y preferencias del paciente, tras ser informado. Se trata, por tanto, de aunar experiencia e intuición clínica en la interpretación de la evidencia disponible. Esto hace que el médico se plantee tres niveles de relación personal con la evidencia.

## 1. Aplicación

El médico aplica las recomendaciones, guías, políticas de práctica y rutinas clínicas elaboradas por otros que han realizado la búsqueda, localización, valoración y síntesis de la evidencia disponible. En este caso la actuación predominante es la individualización del cuidado al paciente en circunstancias particulares, es decir, teniendo en cuenta factores biológicos, estado psicológico y situación social.

## 2. Utilización

El médico actualiza los resúmenes de evidencia que otros han buscado, valorado o sintetizado y los usa para construir algoritmos clínicos y políticas de práctica. Posteriormente, emplea estas políticas en los pacientes para los que las ha diseñado.

## 3. Valoración

El médico busca e integra la evidencia de investigación original, la valora, la sintetiza y la emplea para construir sus políticas de práctica que, a continuación, aplica a las situaciones clínicas.

Por tanto, el grado de implicación va de menos a más, fundamentalmente en cuanto a uso de tiempo y necesidad de empleo de habilidades específicas. El proceso puede completarse con la realización de «auditorías» de la propia práctica clínica (*peer review*) y haciendo que éstas circulen y sean revisadas por redes de médicos interesados en la medición de la efectividad de sus prácticas.

A este respecto cabe destacar la propuesta de un grupo de médicos canadienses con inquietudes en indagar cómo hacen su trabajo con los pacientes y en que éste se sustente en una evidencia razonable. Para esto postulan un marco de actuación que incluya los siguientes pasos:

1. Definir prioridades valorando la importancia y magnitud del problema de salud al que se enfrentan.
2. Definir protocolos y guías de actuación, estableciendo pautas para manejar dicho problema.
3. Medir las intervenciones encaminadas a su resolución.
4. Procurar mejorar las intervenciones a la luz de las anteriores mediciones de la efectividad.

Todo esto requiere una formación continuada y el deseo de aprender a ser más efectivos en la práctica clínica, teniendo claro algo que puede parecer obvio y es que ausencia de evidencia de efectividad no es lo mismo que evidencia de ausencia de efectividad. De hecho, se desconoce la efectividad de casi dos terceras partes de las prácticas clínicas comunes.

Uno de los enfoques para enfrentar las razonables dudas y temores que pueden ocasionar los vacíos en el conocimiento de la efectividad de muchas prácticas es el recurso a las guías de práctica clínica y otras recomendaciones «basadas en la evidencia», que además pueden contribuir a reducir la variación inadecuada de recursos sanitarios y a simplificar los litigios sobre responsabilidad.

Las guías de práctica clínica (GPC) intentan sintetizar la bibliografía disponible sobre un tema de tal forma que sea útil para los médicos y con la esperanza que se optime la práctica clínica. También se pueden entender como aquellos principios sistemáticamente desarrollados para apoyar las ecisiones de médicos y pacientes acerca del adecuado tratamiento sanitario en circunstancias específicas. Existe una extendida preocupación sobre los riesgos de que las guías e conviertan en estándares; que si las guías son demasiao específicas puedan limitar el uso adecuado del «arte de la medicina» y promover «el libro de recetas de la medicia». Por otra parte, si son muy generales no resultan muy tiles para guiar la práctica clínica. No siempre es fácil coneguir un equilibrio apropiado entre lo específico y lo geneal. Con todo, es verosímil que cada vez más caminemos acia lo que se ha dado en denominar una medicina «encorsetada».

Los médicos, ya no sólo en los EE.UU., sino también en Europa, van a ser sometidos a un mayor escrutinio que les alejará de apoyar sus decisiones en el juicio subjetivo «profesional» y les acercará al seguimiento de protocolos y GPC.

Paralelamente, los usuarios de los servicios sanitarios están mejor educados y tienen acceso a más y mejores fuentes de información. En algunas ocasiones, los pacientes tienen noticia de nuevas terapias antes que sus médicos dispongan de la información pertinente. Algunas guías pueden resultar útiles para explicar a los pacientes el «estado del arte» de la asistencia sanitaria ante determinados problemas de salud. Muchas decisiones clínicas están cargadas de juicios de valor. Dos individuos sensatos, cuando se enfrentan a la misma decisión y tienen la misma información, pueden tomar decisiones completamente diferentes, cada una de las cuales es apropiada para esa persona concreta. Así, algunas mujeres menopáusicas, con información suficiente sobre los riesgos y beneficios del tratamiento hormonal sustitutorio, eligen empezar la terapia y otras no. Es difícil, y quizá conveniente, desarrollar GPC para este tipo de decisiones. En estas circunstancias, las ayudas a las decisiones pueden ser más adecuadas que las GPC. Estas ayudas presentan a los pacientes las opciones, los beneficios y los riesgos inherentes a su situación clínica.

Además, al médico le interesa cada vez más conocer los avances que se han producido en la medición de la calidad de vida, combiéndola con la información sobre eficacia y seguridad. Conviene emplear, siempre que sea posible, las mismas medidas de resultados en el mismo grupo de pacientes, ya que de otra manera no se puede agregar la información así obtenida. En esta dirección son reseñables las iniciativas de la Sociedad Canadiense de Cirugía Cardiovascular que anima a sus miembros a utilizar el cuestionario SF-36 antes y después de sus intervenciones quirúrgicas, lo que supone un paso más en la medición de los resultados y su impacto en la calidad asistencial.

Cada vez está más extendido el convencimiento de que el médico en su ejercicio profesional debe reconocer las diferentes necesidades

de sus pacientes «individuales» y equilibrarlas con las colectivas, intentando incrementar la eficiencia de los recursos de los que dispone. En la asignación de recursos sanitarios la mayor eficiencia social puede obtenerse de la aplicación de un conjunto de normas clínicas que, además de preocuparse por la efectividad, se orienten hacia el usuario e interioricen el coste social de oportunidad, es decir, que dichas normas tengan en consideración lo individual y lo colectivos. Para la toma de estas decisiones el médico puede ayudarse con el instrumental que le proporcionan la medicina científica o la MBE, la ética y la economía.

### III. EL PAPEL DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA GESTIÓN SANITARIA Y EN LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

Todos los gestores sanitarios, cualquiera que sea su nivel de actuación (gestión clínica, responsabilidad de un servicio, dirección de una institución sanitaria, entre otros) realizan asignaciones de recursos. Así, cuando los responsables de un área de salud deciden implantar un programa de cribado, o cuando un servicio de cirugía incorpora o desarrolla una nueva sustitución protésica, están adoptando una decisión de asignación de recursos. Su operativización (elección del modo en que se obtiene la técnica y la decisión sobre cuáles son los proveedores más adecuados) suele corresponder a los niveles mesogestores del dispositivo sanitario, en los que mejor se visualiza la denominada «función de compra», si bien estas compras vienen razonadas desde las demandas de los médicos (microgestores).

De forma ideal, la «compra» de servicios de salud no consiste en la mera consecución de aquellos de menor coste o mejor relación precio/calidad; lo esencial de esta función es asignar los recursos disponibles de modo que se obtengan las mayores ganancias en la salud de la población. A tal fin, los responsables de las mismas deben

evaluar los problemas de salud, analizar la efectividad de las intervenciones disponibles y su utilización eficiente, traduciéndolo en la opción por unos determinados servicios en las cantidades y calidades adecuadas. Se requiere información sobre incidencia, prevalencia e impacto de las enfermedades en la población. Adoptar decisiones explícitas respecto a prioridades de compra debería estar guiado por los «planes de salud». Por ejemplo, en el País Vasco se decidió a finales de los años ochenta que para hacer frente al problema de alta prevalencia de caries dental infantil se optimara la concentración de flúor en el agua de consumo público y se desarrollara un programa de asistencia dental infantil. La salud bucodental fue incluida como una prioridad en el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La comparación de los dos estudios epidemiológicos llevados a cabo (1988 y 1998) sobre escolares de 7, 12 y 14 años arroja unos resultados alentadores en cuanto al incremento significativo, en dichas poblaciones, de dientes libres de caries. Para España el porcentaje de niños libres de caries es del 31 frente al 57% del País Vasco que se coloca por delante del Reino Unido, Suecia y Dinamarca.

En estas «compras», disponer de información sobre la evidencia que apoya las distintas intervenciones resulta esencial a la hora de la identificación y evaluación de las necesidades, la planificación estratégica de los servicios, la determinación de las especificaciones (población a la que se destinan, criterios de selección o cobertura de la prestación), el establecimiento de acuerdos e incentivos que garanticen su mayor efectividad, junto con la monitorización de su provisión, mediante la evaluación de la utilización y los resultados conseguidos.

Cuando un decisor pretende valorar la distinta efectividad de las intervenciones a desarrollar puede encontrarse con varias situaciones:

1. Intervenciones efectivas en los grupos de población adecuados. Esta situación, en teoría y bajo limitaciones presupuestarias,

sólo es un problema de competencia entre servicios igualmente efectivos.

2. Intervenciones inefectivas o que se aplican a grupos de población inadecuados. Éste es el escenario más estudiado por la «medicina gestionada» en los EE.UU. y en el que residen las posibilidades de reducción de costes con mejora simultánea de la calidad asistencial ya que, en la práctica, estos servicios compiten por los mismos recursos con los servicios efectivos, lo que reduce los beneficios sanitarios de la población.
3. No se están prestando servicios cuya efectividad esté demostrada. En este caso, los gestores deben valorar la eficiencia relativa de estos servicios respecto a otros igualmente efectivos decidiendo la combinación a prestar.
4. No se dispone de evidencia sobre la efectividad de los servicios. Si esta situación es bastante frecuente en lo referido a actuaciones clínicas, se agrava al tratar de tecnologías organizativas sobre las que existe una menor evidencia y ésta es menos poderosa.

Además, a menudo hay que adoptar decisiones sobre nuevas tecnologías que aún no disponen de estudios sobre efectividad, mientras que en muchas otras ocasiones, incluso cuando se dispone de evidencia, ésta no abarca todas las facetas relevantes para los decisores: indicaciones, beneficios, efectos adversos, costes, o perspectiva de los pacientes.

Aunque basar las decisiones de gestión en la evidencia disponible sobre la efectividad individual y colectiva de las intervenciones sanitarias puede parecer una empresa ineludible, la aplicación de la MBE a esta tarea —pese a sus indudables bondades— presenta algunas limitaciones para su extensión y plantea ciertos riesgos que conviene valorar. Además de los problemas generales que todo sistema de gestión pueda tener (falta de responsabilidad de los gestores, ausencia de incentivos para comportarse como un buen agente del consumidor, imposibilidad de una competencia basada en precio que permita disciplinar a los compradores, entre otros), cuestiones

como las limitaciones en el conocimiento disponible, los problemas de reasignación de recursos, la capacidad de influencia sobre los decisores, las dificultades de monitorización, la desconsideración hacia las preferencias de los pacientes, la ambigüedad inferencial) de la evidencia o las estrategias de selección de poblaciones diana, deben ser analizadas en profundidad.

#### IV.

### LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA PERSPECTIVA SOCIAL

La incorporación de la salud a los derechos ciudadanos producida en esta mitad del siglo ha supuesto que en gran parte de los países de nuestro entorno, el proceso de decisión colectiva en sanidad haya pasado a manos del Estado (como intérprete de las preferencias sociales), reemplazando al mercado (basado en preferencias individuales) y constituyéndose en la principal instancia asignadora, proveedora e incluso gestora de recursos sanitarios. Como consecuencia, los bienes y servicios que la política sanitaria identifica como «de mérito» se asignan por intervenciones del Estado «planificadas» al margen del mercado, y se proveen con independencia de la estructura de preferencias de los individuos, quedando a cargo de los profesionales o «expertos» la toma de decisiones por cuenta de los usuarios.

La priorización resulta inexcusable en tanto que es preciso conjugar la existencia de recursos siempre limitados con necesidades potencialmente infinitas. Los ineludibles equilibrios a establecer entre necesidades y disponibilidad de recursos aconsejan el desarrollo de mecanismos explícitos de definición de necesidades y de determinación de prioridades sanitarias que deberían formar parte de los valores culturales y de la conciencia colectiva de una sociedad. Aunque la «ciencia» no puede pretender sustituir a la política en un Estado democrático, la evidencia que aporta sí que puede contribuir a la toma de decisiones informando de los diferentes resultados de las

alternativas en liza, que habrán de ser priorizadas a través de los mecanismos de decisión colectiva. En este ámbito, la MBE puede contribuir al progresivo desplazamiento desde las «creencias» de los expertos hacia el conocimiento científicamente fundado, así como ayudar mediante el incremento de la información contrastada a reducir la asimetría existente entre usuarios y proveedores.

Una política sanitaria, expresión legítima de preferencias sociales, debe favorecer a que la producción de los servicios sanitarios contribuya eficientemente al bienestar colectivo, para lo que habrá de guiar el establecimiento de prioridades sociales. La política sanitaria y la práctica clínica tienen perspectivas distintas: mientras la primera adopta un enfoque comunitario, la segunda se desenvuelve en un orden individual. Esto hace que entre ambas aparezcan algunos enfrentamientos y, sobre todo, que unos mismos datos supongan implicaciones diferentes dependiendo de la perspectiva. Los servicios sanitarios son importantes en la mejora de la salud de las poblaciones pero otros factores pueden serlo más. La evidencia sobre la efectividad de los servicios clínicos tiene inferencias ambiguas y las implicaciones sanitarias con respecto a las implicaciones clínicas de unos mismos conocimientos sobre la efectividad difieren en muchos casos. Esta ambigüedad inferencial de la evidencia crece considerablemente cuando se abandona el terreno de los servicios clínicos y se pasa al de la salud pública. De modo similar, cuando se pasa del ámbito clínico —que permite ensayos controlados— al campo de las ciencias sociosanitarias —donde el diseño más sólido suele ser el experimento natural— el carácter de la evidencia disponible cambia de magnitud e incluso de grado. La necesidad de incorporar el conocimiento disponible a los diseños organizativos y a las decisiones colectivas no debería hacer confundir a la MBE como vía clínica hacia la efectividad en medicina, con el establecimiento de prioridades sociales, inexcusable en la política sanitaria.

En un marco como el descrito resulta especialmente razonable exigir que la efectividad de las prestaciones provistas socialmente esté apoyada en pruebas firmes, lo que plantea algunas cuestiones

relevantes para la toma de decisiones colectivas: ¿cuánta evidencia se precisa para decir que un tratamiento es apropiado, que debe ser utilizado y que debe ser pagado por un tercero? Las estrategias que pretendan basar las decisiones sanitarias en la evidencia disponible deben comenzar dando respuesta a tres cuestiones operativas:

1. ¿Cuánta evidencia se requiere para considerar que una intervención (terapia, prueba diagnóstica o preventiva) debe o no utilizarse?
2. ¿A quién corresponde aportar las pruebas?
3. ¿Habría que exigir evidencia sólo para la incorporación de nuevas prácticas, o incluir las prácticas ya en uso?

Algunas de estas preguntas nos llevan a otras no menos conflictivas respecto al tipo de evidencia y a las características de los estudios que las sustentan, al número de estudios requeridos, a los apoyos recibidos, a los tipos de diseños aceptables, a la relevancia de los resultados aportados o a la adecuación de las unidades de medida utilizadas. Con todo, estas limitaciones no suponen una excusa para el avance en aquellas áreas en las que existe información contrastada sobre los efectos de las intervenciones sanitarias.

Pese a las indudables carencias, se dispone de evidencia sobre la efectividad (o su ausencia) de ciertas intervenciones organizativas. La información que proporcionan no permite el «todo vale» respecto a decisiones sociales. En su adopción, las preferencias y valores tienen un papel que desempeñar, pero la responsabilidad de los decisores implica considerar los conocimientos disponibles. No es aceptable «inventar» mecanismos de copago sin atender la información que proporciona sobre sus repercusiones en la utilización de servicios sanitarios el *Health Insurance Study*, un ensayo controlado llevado a cabo por la *Rand Corporation* hace más de 10 años o implantar «novedosos» sistemas de control del gasto farmacéutico sin atender las experiencias y revisiones llevadas a cabo en la última década.

V.  
¿POR DÓNDE EMPEZAR?:  
UNA POSIBLE AGENDA DE ACCIÓN

Para que la aplicación de los principios de la MBE resulte de utilidad es preciso establecer un marco de actuación adecuado para su desarrollo, considerar las especificidades locales que eviten su reducción a una «asistencia sanitaria de recetario» y avanzar en el desarrollo y conocimiento del instrumental pertinente para este enfoque.

A esto hay que añadir la necesaria incorporación de los juicios de valor de la población y, de modo especial, las utilidades de los pacientes en aquellas áreas en las que los resultados estén más vinculados a las preferencias personales. Y todo ello sin perder de vista el necesario soporte científico de las actuaciones y las consideraciones sobre equidad que impone un sistema sanitario financiado públicamente. Para que lo anterior no se limite a una altisonante declaración de buenos propósitos, determinadas actuaciones pueden configurar una agenda de investigación y acción para conseguir una asistencia sanitaria cuyas decisiones aúnen la utilización de la mejor evidencia disponible con la consecución de las mayores ganancias en salud:

1. Extender la cultura y las habilidades de la MBE entre todos los agentes sanitarios.
2. Analizar la variabilidad de aquellos aspectos de la práctica clínica con mayores repercusiones sanitarias y económicas.
3. Adaptar la evidencia disponible al entorno en que se presta la asistencia.
4. Atender a otras perspectivas relevantes, en particular, a las preferencias de los pacientes, siendo conscientes de la dificultad que conlleva la tarea explicativa.

Basar las decisiones de asistencia sanitaria en la mejor evidencia disponible sobre sus prácticas parece un programa deseable al que

vale la pena dedicar esfuerzos. Pese a las limitaciones para su generalización, las oportunidades asociadas a la vinculación de evidencia y cambio son reales. La aplicación de los usos y métodos de la MBE, su instrumental y aportaciones, tanto a los pacientes como a las poblaciones, puede permitir considerar el coste social de oportunidad, integrar las perspectivas de los distintos actores implicados y actuar como una eficaz «palanca» que genere sensibles mejoras en la salud de los ciudadanos.

Lógicamente, la magnitud de la tarea puede parecer ingente. Sin embargo, si se consigue responder al desafío que supone incorporar las innovaciones que han demostrado ser efectivas, controlar la introducción de aquellas que aún no lo han hecho y evitar la entrada de las que son demostradamente inefectivas merecerá la pena. Nos quedaría por valorar el riesgo de concentrarse en las nuevas alternativas tecnológicas, sin considerar la efectividad de las ya en uso. El hecho innegable de que no puedan verificarse la totalidad de tecnologías sanitarias empleadas actualmente no debería impedir emprender la valoración de algunas de ellas. Para priorizar en esta tarea puede adaptarse la metodología propuesta por Phelps y Parente con sus tres componentes. El primero es la conocida como Ley de Sutton: «ve donde está el dinero». En otras palabras, apuntar hacia intervenciones de elevado coste cuya efectividad no está garantizada o cuya utilización puede no ser apropiada. El segundo es el corolario de Wennberg: «ve donde la confusión es mayor». Los estudios de variabilidad de la práctica clínica son una buena brújula para señalar estas áreas. El tercero se conoce como la *addenda* del economista y reza: «ve donde el valor marginal de las intervenciones sanitarias decrece tan rápidamente como éstas son utilizadas inadecuadamente».

Por tanto, tres son los asuntos que deben abordarse para hacer posible el arranque de la agenda que aquí se ha propuesto. El primero, una ineludible formación dirigida específicamente a ello. El segundo, mejorar los sistemas de información y las bases de datos clínico-administrativas. El tercero, incentivar los cambios en la investigación

aplicada y en la práctica clínica, de forma mantenida en el tiempo, que conduzcan a mejoras inequívocas de la efectividad, disponiendo de los medios y recursos adecuados para que éstos sean posibles. No cabe duda que la tarea es enorme y sus pretensiones de largo alcance, que exige dedicación y ansia de innovación, que las características del sector sanitario, especialmente dinámico, la anuncian infinita, pero no parece que esto pueda arredrar a profesionales comprometidos en una empresa aún más grande: la lucha contra la enfermedad.

## COMENTARIO

Jordi Colomer i Mascaró\*

La revisión de esta publicación después de una década comporta un sentimiento ambivalente. Por un lado, una valoración positiva sobre las reflexiones de los autores y su capacidad de hacer proyecciones de futuro. Por otro lado, su vigencia y visión de los retos a alcanzar sugiere el potencial de mejora que se ha dejado en el camino, a través de estos años, para el desarrollo adecuado de la asistencia sanitaria basada en la evidencia (ASBE). De hecho en el sector de la salud, no nos debería extrañar esta situación. Por ejemplo, el diagnóstico del informe abril sobre el sistema sanitario español de los años 90, sigue de actualidad y es motivo de recuerdo entre la nostalgia y la melancolía. Este informe aún planea como una oportunidad perdida, y motivo de frustración por no haber sido capaces, entre todos, de poner en marcha muchas de sus recomendaciones.

La aparición de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha sido una consecuencia del desarrollo de las tecnologías de la información.

---

\* Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma de Barcelona. Cirujano, Hospital Viladecans, Barcelona.

El aumento y accesibilidad de la información ha permitido aumentar la capacidad de análisis de decisión, la evaluación de los resultados y las revisiones sistemáticas. Además, en estos últimos 12 años ha sido exponencial la difusión de la información a todos los niveles: clínicos, investigadores, gestores, políticos y lo más relevante, a la ciudadanía en general.

Si no hace mucho tiempo la decisión en la práctica de la medicina era «individualizada» por la incertidumbre que acompañaba la percepción de existir más variables que pacientes, en la actualidad, el manejo de la información hace posible la agrupación de determinados pacientes en cuanto a resultados y su similar comportamiento. Los distintos instrumentos, que se utilizan en la MBE han acotado aquella incertidumbre y han convertido la toma de decisión, en la práctica clínica y en la misma gestión sanitaria, en un riesgo determinado y conocido de antemano.

En este artículo se preguntaban por entonces si había llegado MBE a la asistencia sanitaria y se analizaba las oportunidades y las limitaciones de incorporar la MBE a la práctica de la gestión sanitaria, dado que los procesos en las decisiones desde la perspectiva del establecimiento de prioridades sanitarias destacaban por su transparencia y simplicidad. Por todo ello, el empleo de los instrumentos de la MBE podría contestar los interrogantes que comparten los gestores y los clínicos, en cuanto a conocer si se realiza lo que se debe, conseguir lo esperado y si se obtiene a un coste y tiempos adecuados.

La respuesta a aquella pregunta con la distancia del tiempo sigue sin estar clara, fundamentalmente porque no se ha avanzado suficiente; pero sin lugar a dudas tenemos más elementos para poder opinar. En la actualidad aún no sabemos con ciencia cierta si hacemos lo que debemos hacer, aunque tenemos más que una sospecha de que hacemos tanto cosas innecesarias como otras que son coste inefectivas y lo peor, sí aún estamos dejando de hacer cosas que sí son efectivas. En parte porque los sistemas de información disponibles en el sistema sanitario no están a la altura de la tecnología disponible en la actualidad y por otro lado porque hemos vivido una

situación excepcional. El periodo 1997-2007 ha estado marcado por un crecimiento económico espectacular (denominado la década prodigiosa) que nos ha adormecido en nuestra capacidad de realizar todos aquellos cambios necesarios en su tiempo (modelos organizativos, cambios adaptativos a la nueva realidad, etc.) y que ahora, con la crisis económica nos vemos obligados afrontar sin más contratiempos. Parece que esta vez, la cosa va en serio y que el sistema sanitario reconocido como insostenible ya no parece eterno si no se realizan diversas actuaciones de todos conocidas. Durante estos años de crecimiento nos ha perdido la retórica y del posibilismo hemos hecho una virtud. En este clima el desarrollo de la ASBE no ha sido fácil. De por sí, los cambios no son fáciles, aunque sean para bien y además crean enemistades. Sí los cambios propuestos son más de proceso que técnicos, las resistencias son mucho mayores.

La MBE significaba y significa poner en entredicho el conocimiento basado en la jerarquía y la experiencia y, relegar el conocimiento basado en la fisiopatología, al conocimiento basado en los resultados. Si casi siempre no nos privamos de difundir los buenos resultados, en el caso contrario no es moneda de cambio, el relato de los fracasos. De este modo no es fácil aprender de nuestros errores y seguir comportándonos como seres racionales que en demasiadas ocasiones tomamos decisiones irracionales.

En este sentido, es significativo que los factores que apuntaban los autores para explicar el «reciente interés» por el uso de la evidencia en la gestión clínica y sanitaria: «La constatación de las variaciones en la prestación, la preocupación por la efectividad, la mayor facilidad para acceder a la información clínica y la extensión de las políticas de contención de costes».

Pues bien, en estos años este precitado interés ha coincidido con la descentralización definitiva del sistema sanitario y la preocupación mayoritaria del debate sanitario se ha focalizado más en buscar las diferencias, sin observar que desde entonces, la similitud entre las 17 comunidades autónomas es mucho más real que las aparentes diferencias. La explicación la podemos encontrar en el motivo

de la descentralización del sistema sanitario. La descentralización fue una respuesta más bien orientada a objetivos políticos que de salud y la tendencia posterior en la toma de decisiones se ha basado en términos autonómicos «Nosotros no vamos a ser menos». Esta competitividad ha conllevado a decisiones más tácticas que técnicas y con el crecimiento económico existente el resultado ha sido incrementalista, que se ha acompañado con una gestión basada en la mímica y a expensas de no explorar nuevos caminos, salvo excepciones, que en todo caso son minoritarios en el conjunto del sistema sanitario.

La actual falta de adaptación a la difusión de la información también se podría explicar en los mismos términos. Durante aquella década y en la actualidad se está percibiendo una resistencia, a veces numantina, en la difusión de la información. Un hecho que podría pasar por desapercibido si no fuera porque esta falta de información podría haber sido tan relevante para la salud, como disponer de un fármaco determinado o el desarrollo sensato de una técnica quirúrgica coste efectiva. No sin resignación y cierta indolencia hemos asistido tanto a disparidades intencionadas o no, en la metodología para medir las listas de espera, como sencillamente a la negativa a su publicación. La ausencia en la comparación de determinadas comunidades a aceptar una valoración, con más o menos acierto, en determinados indicadores en la actividad hospitalaria y las no pocas dificultades, para tratar la información para estudiar la variabilidad en la práctica asistencial. Otra cosa sería si estos estudios habrían influido en la toma de decisiones en las políticas sanitarias.

Con la perspectiva del tiempo podemos observar preocupaciones dispares en el desarrollo de las iniciativas para facilitar la ASBE. Cuando se publicó este artículo en 1999, se puso en marcha el *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)* en Inglaterra y Gales, que mantiene una estrecha relación con el *NHS Quality Improvement Scotland*. En España después de 12 años disponemos de siete agencias de evaluación de tecnologías médicas que sólo han alcanzado llegar a un acuerdo en términos informales, para evitar

duplicidades y evitar probables controversias. Desde el otoño de 1999 hasta la actualidad se ha consolidado la revista *Gestión Clínica y Sanitaria* con la voluntad de hacer llegar a clínicos y gestores una relación en castellano de comentarios y revisiones de artículos originales tomando como referentes a revistas existentes como *American College of Physicians (ACP) Journal Club*, o *Evidence-Based Medicine* acompañadas de unas reflexiones realizadas con un espíritu crítico sobre sus implicaciones, posibilidades de aplicación y limitaciones.

Al cabo de estos años, existe hoy en día un debate del papel real de las revisiones sistemáticas, que sin menoscabo de su relevancia, no pueden pretender explicar todas las incertidumbres. Es necesario revisar la consideración del ensayo clínico aleatorizado como única fuente de evidencia para apoyar la toma de decisiones y acotar aquellos comportamientos oportunistas, que por otra parte aparecen en todas las actividades humanas, en todo aquello relacionado con la MBE (sesgo de la publicación, evidencia patrocinada, análisis creativos, resultados incompletos e inconsistentes...)

La resistencia a la utilización de las guías clínicas en la práctica clínica ha estado motivada por ser consideradas como un intento de amenaza a la libertad clínica de prescripción. El resultado ha sido un seguimiento de estas guías irregular por no decir escaso. En este sentido, tampoco sirve de ayuda, el uso inadecuado de las guías clínicas para marcar objetivos y de esta forma desacreditar a los profesionales cuando no las utilicen.

A pesar de esto, podemos afirmar que se va consolidando, en una generación de profesionales, que han apostado por asumir responsabilidades y riesgos. Para estos profesionales la MBE como la ASBE no son una novedad, y en todo caso su escasa implementación es aún fruto de su pleno conocimiento.

En cualquier caso, durante estos años lo más relevante ha sido la mayor facilidad para acceder a la información clínica y sanitaria. Todo empezó con la aparición de las web, más o menos de solvencia contrastada, pero en la actualidad los Twitter, Facebook, blogs,

RSS, hash-tag..... etc. abren una serie de nuevas posibilidades que ponen y pondrán en tensión aquella relación tradicional, a veces incluso «mística», entre el clínico y el paciente. A su vez, ésta relación esta también siendo afectada por el nuevo perfil de paciente crónico que contrasta con el perfil del paciente agudo dominante en el sistema sanitario de los años 80. Un perfil de paciente que en muchas ocasiones no dispone de un diagnóstico claro ni con mucha frecuencia de las deseadas soluciones «esperadas» por su parte, que suelen ser sencillas, basadas en el tratamiento con fármacos maravillosos que curan sin esfuerzo y sin requerir modificación de hábitos, como realizar ejercicio, dietas especiales, dejar de fumar..... Esto ha dado lugar a una relación médico-paciente más adaptativa que técnica y por tanto menos satisfactoria, tanto por parte del clínico como del propio paciente.

En los años 90, la práctica médica se enfrentaba a la resolución de problemas con recursos limitados en la disponibilidad de tiempo y actualización de los conocimientos existentes. Si por entonces «la prestación de los servicios sanitarios había aumentado su carácter subjetivo y multidimensional que hacia inevitable la participación activa del paciente para ayudar a establecer el curso de acción más efectivo de distintas alternativas» en la actualidad es aconsejable saber, cuando tenemos más documentada la utilización de la asistencia sanitaria, que en ocasiones se realizan intervenciones inefectivas y que incluso, en algunos casos se atenta a la seguridad del paciente. En otras palabras, la relación tradicional basada en la jerarquía del conocimiento se ha ido transformando en una relación médico paciente más deliberativa, afectiva y exigente. En este contexto, el clínico requiere estar más actualizado, al menos en aquellos procesos más prevalentes de su práctica cotidiana; pero por más que lo intente, estará en desventaja, pues el paciente sólo está motivado por estudiar su enfermedad.

No obstante, el reto no se limita al conocimiento actualizado sino disponer del trato adecuado para un perfil de pacientes mucho más diverso en el aspecto social y cultural que hace unos años. En

este escenario en que predomina la información exhaustiva y profusa, los clínicos son más vulnerables porque son más susceptibles de tener más desencuentros de los deseables con sus pacientes. Por todo ello, a la vez que su comportamiento deberá saber adaptarse a la nueva realidad, los clínicos necesitarán un apoyo más explícito por parte de la sociedad y en particular de los que diseñan las políticas sanitarias.

Esta publicación termina por exponer el papel de la ASBE en la compra de servicios de salud. Como hemos comentado más arriba las condiciones de crecimiento hasta el 2007 del presupuesto en salud por encima del PIB y la «competitividad» establecida entre las comunidades han sido una limitación para tomar decisiones ajustadas, racionales y sensatas. En este nuevo ciclo económico llevamos dos años de crecimiento negativo, y no se esperan crecimientos positivos significativos a medio plazo. Con la caída brusca de los ingresos públicos se ha puesto en evidencia la inercia de que no es solvente el sistema sanitario, y que ni lo era en la época de bonanza económica. Ahora disponemos de un sistema nacional de salud incapaz de discernir entre tratamientos coste efectivos o no, poco exigente en la introducción de las nuevas tecnologías y con una expansión de una red de instituciones sanitarias con duplicidades y des economías de escala en calidad y coste. Durante estos años se ha priorizado la accesibilidad a los resultados y, la producción a la productividad. En este sentido, el papel de la ASBE, a pesar de sus limitaciones, debería haber tenido un mayor protagonismo que las políticas partidistas, y más relevante respecto a las políticas sanitarias con visión trascendente.

En la actualidad, se nos viene encima mucho trabajo si queremos tomar correctamente decisiones correctas en relación a las intervenciones efectivas en los grupos de población adecuados, evitando las intervenciones inefectivas o que se apliquen a grupos de población inadecuados, así como, afrontar si no estamos prestando servicios, cuya efectividad está por demostrar. Todo ello, procurando acotar las duplicidades sobre todo en los procesos altamente especializados

y como fomentar de forma adecuada la competitividad entre los proveedores con respecto a los procedimientos más prevalentes.

Independientemente, de los más que probables conflictos entre la política sanitaria que adopta un enfoque comunitario y la práctica clínica que se desenvuelve en un orden individual, las nuevas generaciones de profesionales de la medicina deberán basar las decisiones de su asistencia sanitaria con la mejor evidencia posible. Sin prejuicios ni complejos, porque no sólo parece seguir siendo deseable, sino que es mucho más necesaria y por tanto, vale la pena dedicarle esfuerzos. Sin olvidar como recuerdan los autores que «una política sanitaria, expresión legítima de preferencias sociales, debe favorecer a que la producción de los servicios sanitarios contribuya eficientemente al bienestar colectivo, para lo que habrá de guiar el establecimiento de prioridades sociales». Pues eso.



# 14

## MEDICINA BASADA EN LA AFECTIVIDAD\*

Albert J. Jovell\*\*

The most beautiful words in the English language are not I love you,  
but «it's benign».

WOODY ALLEN a un médico en *Deconstructing Harry*

Podría decirse que el siglo XX ha pasado a la historia de la medicina como el siglo de la tecnificación. El conjunto de innovaciones científicas desarrolladas durante este siglo ha producido un gran avance en la detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de las enfermedades. La tecnificación científica junto con el progreso social ha supuesto una mejora en las condiciones de vida, así como un incremento sustancial de la calidad y de la expectativa de vida de los seres humanos. El mejor exponente de este progreso, sin precedentes en la historia de la humanidad, se puede vislumbrar en el importante número de posibilidades y opciones tecnológicas disponibles en sanidad, que ya empieza a superar la capacidad de pago de los sistemas sanitarios. Esta situación de exceso de posibilidades,

---

\* Republicado con permiso de *Med Clin* (Barc) 1999: 113: 173-5.

Revisión y actualización: M.<sup>a</sup> Dolores Navarro. Fundación Josep Laporte, Universidad Autónoma de Barcelona (Agosto 2010).

\*\* Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona.

y no sólo de escasez de recursos, ha impulsado la adopción de nuevas estrategias de gestión basadas en la implementación de modelos racionales de toma de decisiones. De esta forma, la medicina basada en la evidencia científica aparece como una respuesta a la necesidad de priorizar la utilización de aquellas tecnologías sanitarias cuya eficacia o efectividad ha sido acreditada por los resultados de determinadas investigaciones frente a aquellas en que aún no se han evidenciado tales beneficios y que se denominan tecnologías experimentales. La medicina basada en la evidencia científica podría considerarse sinónimo de la medicina basada en la eficacia o en la efectividad de las diferentes tecnologías o intervenciones sanitarias.

En este contexto de progreso tecnológico y, por ende, sanitario, cabría preguntarse si, además de contabilizar los beneficios atribuibles a las tecnologías médicas, no se deberían tener también en cuenta los potenciales efectos adversos de las mismas. En otras palabras, es posible que, a la par que se está produciendo un progreso científico sin precedentes, se esté asistiendo a una tendencia a la pérdida del humanismo asociado a la práctica de la medicina. Este es un hecho similar al que está ocurriendo con la adopción en primera elección de determinadas pruebas diagnósticas en lugar de utilizarlas de forma complementaria a la exploración física. Un ejemplo de esta situación lo constituye el denominado síndrome Romario por el que, ante una rodilla presumiblemente patológica, se indica una resonancia magnética en sustitución de la exploración física convencional. La tendencia a la deshumanización tecnológica supone la introducción de la técnica como interfase entre el médico y el paciente. No sólo se tecnifica el acto de cuidar y tratar a los pacientes sino que, en ocasiones, la tecnología tiende a invadir y a ocupar todo el ámbito relacional entre profesionales y pacientes. De esta forma, la interfase tecnológica se extiende también a las relaciones entre administrativos y pacientes, comprobando éstos últimos cómo es la pantalla de un ordenador la que les comunica el día de la próxima exploración o visita. Cabría preguntarse si puede resultar más cómodo, y posiblemente más seguro, en condiciones de presión asistencial, utilizar

la tecnología como un instrumento de medicina defensiva frente a la observación vigilante y al interrogatorio de los pacientes. No cabe ninguna duda de que la tecnología es bella y útil, sobre todo si no se tienen en cuenta los valores predictivos de las técnicas diagnósticas o los posibles efectos adversos de los tratamientos.

No es objeto de este artículo de opinión, explícitamente anecdótico y no fundamentado en la evidencia científica, dudar de las bondades del progreso tecnológico. Sólo se pretende reflexionar sobre el hecho de que la tecnología sanitaria, que entre sus múltiples atributos no incluye la inteligencia o los sentimientos, se esté convirtiendo en una barrera física y relacional entre médicos y pacientes. Esto se uniría a las barreras tradicionales secundarias a la utilización de una jerga específica, a la asimetría de conocimiento y a la configuración de un entorno particular, en el que se ha de destacar el protagonismo de la bata blanca. La barrera del lenguaje se acrecienta al transformar el argot científico formal en informal y al reemplazar los vocablos por acrónimos, lo que puede dificultar la interpretación del proceso clínico no sólo a los pacientes sino también a otros médicos. Así, un certificado de alta hospitalaria de un enfermo ingresado en urgencias por un dolor precordial, entregado por un administrativo y escrito a mano, describía los siguientes diagnósticos: «1. HTA, 2. IAM: Q+, SK IV < 6h», sin que el enfermo pudiera entender el significado de tales descriptores. Por otro lado, el acceso universal a las nuevas tecnologías de la información facilita una disminución de la asimetría de conocimiento entre profesionales y pacientes, al poder acceder estos últimos desde su casa tanto a artículos científicamente validados en las bases de datos bibliográficas tipo Medline como a información de procedencia, credibilidad y calidad muy dispar.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

---

<sup>1</sup> Sonnenberg, F.A. «Health information on the Internet: opportunities and pitfalls». *Arch Intern Med* 1997; 157: 151-152.

<sup>2</sup> Widman, L.E. and Tong, D.A. «Requests for medical advice from patients and families to health care providers who publish on the World Wide Web». *Arch Intern Med* 1997; 157: 209-212.

Esto implica que los pacientes pueden, tras consultar Internet, acudir a la visita médica habiendo valorado su sintomatología o seguir la evolución de los acontecimientos científicos en torno a una enfermedad específica. Nos encontramos así ante un paciente que se preocupa y se ocupa de su salud, responsabilizándose de obtener la mejor asistencia sanitaria y de controlar la evolución de su enfermedad. Además, la introducción de las tecnologías de la información puede favorecer una nueva forma de relación médico-paciente.<sup>5</sup> En esta relación, el paciente es más consciente de su situación, colabora más y mejor con su médico y con otros profesionales sanitarios, cumple mejor con el tratamiento y, como paciente activo, puede ayudar a otros pacientes en la ejerción de sus derechos y en la contribución a mejorar la calidad de los servicios sanitarios.<sup>6, 7</sup> En este sentido, el Foro Español de Pacientes ([www.webpacientes.org/fep](http://www.webpacientes.org/fep)) y la Universidad de Pacientes ([www.universidadpacientes.org](http://www.universidadpacientes.org)) son ejemplos recientes de la participación del paciente hoy en día en la toma de decisiones en sanidad. Así, en este nuevo tipo de relación que se establece entre profesional y paciente, las habilidades y competencias técnicas son, sin duda, importantes, pero la humanización (la cercanía y el afecto) es también imprescindible.

La medicina basada en la afectividad (MBA) determina que la relación médico-paciente debe partir de la suposición de que los pacientes son lo suficientemente conscientes de su situación y muestran interés por su estado de salud y, por lo tanto, tienen derecho a

---

<sup>3</sup> Sikorski, R. and Peters, R. «Internet anatomy 101: accessing information on the World Wide Web». *JAMA* 1997; 277: 171-172.

<sup>4</sup> Impicciatore, P.; Pandolfini, C.; Casella, N. and Bonati, M. «Reliability of health information for the public on the world wide web: systematic survey of advice on managing fever in children at home». *Br Med J* 1997; 314: 1875-1881.

<sup>5</sup> Mandl, K.D.; Kohane, I.S. and Brandt, A.M. «Electronic patient-physician communication: problems and promises». *Ann Intern Med* 1998; 129: 495-500.

<sup>6</sup> Jovell, A.J.; Navarro, M.D.; Fernández, L. y Blancafort, S. «Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario». *Aten Primaria* 2006; 38: 234-7.

<sup>7</sup> Navarro, M.D.; Gabriele, G. y Jovell, A.J. «Los derechos del paciente en perspectiva». *Aten Primaria* 2008; 40: 367-9.

obtener respuestas adaptadas a su nivel de conocimiento. Los pacientes, además, tienen sentimientos, por lo que, al igual que cualquier otra persona en situación de crisis o desamparo, tienen necesidad de afecto, aunque a veces deban recurrir a la resignación o a la negación como estrategias de evitación de la enfermedad. En este sentido, cabría recordar que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto. La tecnificación no debería reemplazar o infravalorar la importancia de la relación médico-paciente, entre otras cosas porque ésta no se encuentra siempre en condiciones de satisfacer todas las necesidades reales de los enfermos. De esta forma y con la finalidad de prevenir el riesgo de pérdida de humanización de la medicina, se promueve la MBA como una nueva estrategia de gestión clínica que contempla los siguientes aspectos genéricos: introducción de las humanidades en los currículos educativos de los profesionales sanitarios, participación de los pacientes en la organización del entorno sanitario e implementación de un modelo deliberativo de relación médico-paciente que plantea la adopción de las nuevas tecnologías de la información.

Con respecto a la educación de los profesionales sanitarios, posiblemente no se debería hacer tanto hincapié en los modelos biológico y orgánico, dado que los seres humanos son algo más que pura composición química y energética, y la enfermedad, además de la disfunción de un órgano, es la alteración del humor y la psicología del individuo. El modelo educativo actual puede transformar a lo largo de la carrera la vocación de los estudiantes, desde una actitud inicial orientada al cuidado de los pacientes hacia una final más centrada en diagnosticar la complejidad de las enfermedades. Se va perdiendo progresivamente la visión holística y generalista a expensas de una visión más organicista y especializada. Esto puede ser consecuencia de la adopción de un modelo educativo y de rol profesional muy reduccionista, en el que se prescinde de la necesaria cuota de formación humanística, siendo ésta reemplazada en casi su

totalidad por la ciencia y la técnica. Las consecuencias de este desequilibrio de formación las expresa con una cierta dosis de impotencia Lefty Ruggiero (Al Pacino) en la película *Donnie Brasco* cuando, ante la muerte de su hijo por sobredosis de heroína, le dice a Donnie (Johnny Depp), en referencia a los médicos que le atienden: «... tienen 40 diplomas en la pared y no saben decirte ni una palabra». Una formación humanística adecuada debería enseñar a los profesionales cómo proporcionar una información objetiva, respetar los valores de los pacientes, confrontar situaciones adversas, saber persuadir y negociar ante decisiones difíciles y a actuar, y si conviene, acompañar en el sentimiento de duelo ante lo inevitable. Ante la ausencia de efectividad, lo único que el profesional puede proporcionar en algunas ocasiones a los pacientes es afectividad y cuidado.

Un segundo nivel de acción en el que fundamentar la MBA es la creación de un entorno físico menos agresivo para los pacientes. Cabría preguntarse cuántas veces éstos son consultados sobre la idoneidad o comodidad del mismo, y si son llamados a participar en el diseño de los procesos de atención sanitaria de los que son actores principales. Los conceptos de atención orientada al cliente o al ciudadano deberían llevar implícita la participación de los mismos en la valoración de la calidad del servicio y en la definición de posibles estrategias de mejora. Informar a los pacientes de pie y transmitiendo sensación de tener prisa en medio de un pasillo o en una antecámara en presencia de otras personas; ubicar en una misma sala de espera para exploraciones ecográficas mujeres embarazadas con otras con problemas de fertilidad; no explicar a los enfermos los motivos por los que se encuentran en lista de espera y los riesgos que esa situación puede suponer para su salud; delegar en un administrativo la entrega de un informe de alta hospitalaria escrito a mano y lleno de acrónimos acompañado de la pertinente factura informativa; recibir al enfermo en el hospital con una hoja genérica de consentimiento informado, sin ninguna explicación adicional; programar las diversas pruebas diagnósticas en diferentes días sin consultar; no promover un coordinador asistencial que actúe como agente del

paciente crónico frente a la existencia de múltiples médicos y servicios a los que rinde visita y la descoordinación entre niveles asistenciales, entre otros, constituyen algunos de los ejemplos cotidianos de la necesidad de invitar a los enfermos a participar en la humanización del entorno sanitario.

La descoordinación entre niveles asistenciales y la falta de un agente que actúe como intermediario en nombre del paciente frente al resto del sistema sanitario producen la denominada paradoja del hospital de tercer nivel. Tal paradoja refleja el desequilibrio que se produce en determinados centros sanitarios al proveer una atención técnicamente impecable en la fase aguda de la enfermedad a la vez que un inadecuado seguimiento en la fase crónica. Tales centros, siendo capaces de ofrecer con éxito una atención sanitaria que incluye las tecnologías diagnósticas y terapéuticas más sofisticadas, no acaban de proporcionar en la propia institución, o de delegar en otros niveles asistenciales, la continuidad y longitudinalidad asistencial que el paciente precisa para la recuperación de su estado de salud, tanto funcional como psicológico. La carencia de la función de agente introduce el fenómeno de desintermediación, por el cual los consumidores delegan en organizaciones no gubernamentales parte de las funciones tradicionalmente atribuidas a los profesionales y a los gobiernos.<sup>8</sup>

Las dificultades de proveer una atención holística al paciente ponen de manifiesto, una vez más, que la experiencia, el conocimiento y la técnica no son suficientes para reducir la sensación de desolación y desamparo que éstos pueden percibir en los diferentes entornos sanitarios y ante los que la única respuesta permitida es la paciencia. Posiblemente, la mejor manera que tendrían los profesionales de entender y valorar tal sensación de desamparo es adoptar un cambio de roles, abandonando por unos instantes el papel del médico y sustituirlo por el del paciente. No cabe ninguna duda de que la mejor

---

<sup>8</sup> Blumenthal, D. «The future of quality measurement and management in a transforming health care system». *JAMA* 1997; 278: 1622-1625.

forma de entender lo que significa vivir pendiente de la enfermedad es hacer de enfermo. Algo parecido a lo que William Hurt hizo en la película *The Doctor*, cuando, tras superar un cáncer y reintegrarse en su puesto de médico y docente hospitalario, instruyó a los residentes de primer año a permanecer ejerciendo el rol de enfermos ingresados en un habitáculo de urgencias durante su primer día de trabajo.

No se trata de solicitar un certificado de enfermedad, y tampoco un diploma de humanidades, para ejercer la medicina. Los profesionales de la medicina son, en cierta manera, el resultado de un sistema educativo y de la adopción de un modelo de rol profesional que favorece la especialización y el imperativo tecnológico, sin que se haya abierto un debate sobre la posibilidad de introducir disciplinas complementarias en su formación o de promover un cambio de valores profesionales, orientado a satisfacer nuevas necesidades de la sociedad. No deja de ser paradójico que, teniendo unas leyes sanitarias que promueven un sistema sanitario basado en los objetivos de calidad, eficiencia y equidad, las disciplinas que permiten valorar estos criterios no suelen formar parte, salvo excepciones, de los planes de estudios de las facultades de medicina o de las escuelas de enfermería. En cambio, tras la implantación de los nuevos planes de estudios, el modelo educativo imperante en pregrado sigue insistiendo en la necesidad de favorecer un conocimiento detallado de la biología molecular y celular, así como el estudio de especialidades más ajenas al trabajo de un médico de atención primaria. Además, la formación de médicos residentes tiende muchas veces a favorecer una mayor especialización técnica dentro de la especialidad elegida. En ambos contextos formativos se obvian materias que podrían contribuir a definir mejor el rol social del médico. A pesar de estas limitaciones, hay que reconocer que en los últimos años se está haciendo un esfuerzo por corregir estos desequilibrios formativos mediante el desarrollo de los programas de atención domiciliaria, la implantación de la medicina paliativa y la promoción de un mayor número de plazas profesionales de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

Junto a la ausencia de un debate público sobre los modelos educativos que mejor definen el papel social del médico dentro de un sistema mayoritariamente de financiación pública, existe la presión ejercida sobre la profesión, que exige al facultativo una mayor formación en disciplinas complementarias, como son la estadística, la epidemiología o la gestión, sin poder abandonar tener que estar al día en la especialidad elegida. Es obvio que, tras un debate adecuado, se debería valorar la posibilidad de evitar un modelo educativo único y, así, poder favorecer diferentes estrategias formativas entre las que los profesionales puedan establecer prioridades de formación. No cabe ninguna duda de que también hay que priorizar en formación médica. En este sentido, en una sociedad que exige tanto a los médicos también se debería valorar hasta qué punto se están ofertando los recursos adecuados para una formación de calidad y se les está compensando salarialmente, en comparación a otras profesiones, el esfuerzo, la dedicación y la responsabilidad exigidos. La denominada carrera profesional debería contemplar el reconocimiento social del esfuerzo intelectual y la responsabilidad asociada al ejercicio de la profesión médica. Por otra parte, se debería realizar un esfuerzo por valorar las necesidades percibidas por los profesionales tanto de formación como, sobre todo, de información.<sup>9</sup>

La MBA también debería contribuir a introducir un modelo deliberativo de relación médico-paciente.<sup>10</sup> Con ello, sería necesario superar el modelo paternalista fundamentado en la autoridad profesional y justificado en la asimetría del conocimiento, sin caer en los riesgos del modelo científico-elitista. En este último modelo, el profesional esconde sus emociones tras los tecnicismos propios del lenguaje médico, los resultados de las diferentes pruebas y los análisis de la evidencia científica, pareciendo, a veces, más preocupado por

---

<sup>9</sup> McColl, A.; Smith, H.; White P. and Field J. «General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey». *Br Med J* 1998; 316: 361-365.

<sup>10</sup> Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L. «Four models of the physician-patient relationship». *JAMA* 1992; 267: 2221-2226.

el progreso de la ciencia que por las necesidades del paciente. Ambos modelos, bien sea por el desconocimiento de la naturaleza de su enfermedad o por exceso de información científica, colocan al paciente en una situación sociológica de lealtad ciega o de fuga cuando se le invita a participar en la decisión sobre el abordaje de su problema de salud. El modelo deliberativo, en contraposición a los anteriores, intenta situar al enfermo en la mejor de las condiciones posibles de igualdad con respecto al profesional para entender la naturaleza de su enfermedad y las posibilidades técnicas disponibles. Este modelo requiere profesionales preparados para confrontar situaciones complejas y para evaluar las necesidades y los valores de los pacientes con respecto al dolor, la calidad de vida o la supervivencia; así como dispuestos no sólo a informar, sino a negociar cuál es la opción tecnológica más idónea en función de las características y los valores de los enfermos. El modelo deliberativo aparecería como una tercera vía que evitaría las posiciones extremas del modelo paternalista, en el que el enfermo es un sujeto pasivo y obediente, y del modelo científico, en el que el paciente es un sujeto activo que toma decisiones según la evidencia presentada por el médico de forma neutral. En este sentido, el acto médico también es un acto de pedagogía. Por otra parte, la necesidad de fundamentar afectivamente la relación médico-paciente es importante si se considera que la falta de comunicación, la percepción de ausencia de cuidado y la incomodidad constituyen las razones más frecuentes de demanda legal por parte de los pacientes.<sup>11</sup>

La implementación del modelo deliberativo de relación también requiere una apropiada definición de conceptos que, aunque aparentemente similares, son diferentes, como pacientes, enfermos, usuarios, consumidores, clientes o ciudadanos. En este sentido, podría transmitirse la impresión de que cuanto más se aleja uno de los conceptos

---

<sup>11</sup> Beckman, H.B.; Markakis, K.M.; Suchman, A.L. and Frankel, R.M. «The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions». *Arch Intern Med* 1994; 154: 1356-1370.

clásicos de enfermo (el que sufre una enfermedad) o paciente (el que tiene paciencia ante la incertidumbre), mayor es el riesgo de desnaturalizar la comunicación médico-paciente al equipararla a cualquier otra relación de agencia o de servicio, en la que el sufrimiento de una de las partes no tiene por qué estar presente o ser objeto de discusión.

Finalmente, la MBA debería contribuir a la implantación de un nuevo modelo de gestión basado en el conocimiento y en los valores, que tuviera como ejes principales la formación como estrategia de capacitación, la documentación como estrategia de información, la evaluación como estrategia de provisión de evidencia y la deliberación científico-técnica como estrategia de abordaje de problemas de salud y de dilucidación de desacuerdos morales. Este modelo, combinación de ciencia y humanismo, debería establecer cuál es el puesto de la profesión médica en la mejor de las condiciones para afrontar los retos y cambios que se están produciendo ya en la sanidad del siglo xxi, consecuencia de la creciente innovación tecnológica, los cambios en la estructura demográfica, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la globalización de la economía, la mundialización acrítica de la información sanitaria y la necesidad de determinar prioridades, es decir, de tomar decisiones difíciles de racionamiento.<sup>12</sup> En este sentido, el mensaje de la MBA sugiere que la práctica de la medicina, al igual que el cine, no sólo debe apelar a la técnica sino también a los sentimientos. En todo caso, y como recordaba Joan Manuel Serrat en una entrevista realizada hace unos años, «la técnica sin corazón no sirve absolutamente para nada y el corazón sin la técnica es un absoluto desastre» (*El País*, 18 de noviembre de 1998). Evitando navegar sin rumbo entre la nada y el desastre, la MBA propone alcanzar la mejor combinación entre técnica (efectividad) y corazón (afectividad) en el cuidado de los pacientes.

---

<sup>12</sup> Jovell, A.J. «Avanzando hacia una sanidad mejor: decisiones fundamentadas en la evidencia científica». *Anales Sist San Navarra* 1997; 20: 145-154.



# 15

## HYGENIA Y PANACEA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA. LA SALUD Y LA ASISTENCIA SANITARIA

Juan E. del Llano Señarís\*  
Jesús Millán Núñez-Cortés\*\*

A pesar de la creencia generalizada de que la salud está determinada fundamentalmente por la asistencia sanitaria, existen abundantes referencias que demuestran que dicha afirmación no es del todo exacta, ya que los factores sociales o económicos, la biología humana (carga genética), el medio ambiente o la conducta y los estilos de vida parecen jugar un papel tanto o más importante que los propios servicios sanitarios.

La salud pública es un esfuerzo organizado de la sociedad para mejorar la salud de una población. Es un factor de inversión para una vida comunitaria óptima. Presta atención a la conducta de los individuos en su entorno actual y las condiciones de vida que la influyen. Además de la prevención clásica de las enfermedades, la misión de la salud pública es favorecer la salud física y mental de las personas, mediante programas que intervienen sobre sus determinantes.

---

\* Director de la Fundación Gaspar Casal. Madrid.

\*\* Catedrático de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Director de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense.

El Informe Wanless comienza con la observación de que si los ciudadanos nos comportáramos saludablemente, la demanda de servicios sanitarios sería menor. Desarrolla una serie de proyecciones acerca del gasto futuro en salud en el Reino Unido, contingentes con la adopción de políticas de promoción de la salud y de consecución del mejor uso de los recursos de asistencia sanitaria, que señalan ahorros de 30 billones de libras para el 2022-23, representando un 40% del total del presupuesto del NHS de 2002. Seguramente si se adoptaran plenamente políticas que promovieran activamente la salud y que no trataran meramente enfermedades, se conseguiría una reducción de costes por la reducción de la morbilidad que haría, a su vez, que usáramos menos los servicios sanitarios, cerrándose un círculo virtuoso.

Conviene señalar que existe evidencia en la UE de que las inversiones en asistencia sanitaria generan retorno, entre un 50% y un 250%, y no conviene, por tanto, que se considere un mero gasto. También, juegan un papel en la redistribución del bienestar al proveer servicios gratuitos en el momento de uso a personas sin recursos para los que hacer frente a enfermedades tendría consecuencias catastróficas. Los sistemas sanitarios a través de la presencia de recursos (por ejemplo, un hospital) generan, que duda cabe, desarrollo social y económico. Se sabe que junto a las inversiones en educación universitaria son el factor más importante en el crecimiento de la productividad de un país. Si conocemos mejor las vías en las que salud y bienestar se refuerzan mutuamente y las decisiones políticas se hacen sobre inversiones con fundamento científico de retornos sobre el bienestar social, estaremos consiguiendo que los sistemas sanitarios sean más equitativos y sostenibles.

Las políticas de salud deben dar también respuesta a los determinantes de salud extra-sanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como la economía, la educación, las obras públicas, el medio ambiente en la definición de objetivos de salud para la población, sin dejar de mejorar los servicios de asistencia sanitaria en su vertiente preventiva, curativa o rehabilitadora, procurando un adecuado balance entre prevención de la enfermedad y promoción de

la salud. Por ejemplo, si los gobiernos de los países de la UE elevaran los niveles de salud de los que tienen menor formación a los niveles de los más educados, se podrían conseguir mejoras estimadas en una reducción del 22% en las admisiones a los hospitales y ganancias de 41 billones en la productividad, equivalente a 1,4% del PIB cada año.

La constatación de que los retornos medidos con indicadores tales como, aumento de la esperanza de vida ajustada por calidad de vida o libre de incapacidad, no crecen al mismo ritmo que el incesante incremento de recursos asignados al sistema sanitario, nos hace preguntarnos si aspectos relacionados con la responsabilidad individual además de la pública, tienen que ver con esta situación. En los países desarrollados es necesario abordar más investigación acerca del impacto de los estilos de vida no saludables en la salud. Aunque la pérdida de la salud es algo que acontece frente al estilo de vida, algo que uno elige, sobre lo que cabe intervención. Es preciso reconocer que nuevas y más efectivas formas de organizar la asistencia sanitaria en los países desarrollados demuestran reducciones de mortalidad evitable, es decir, muertes que no deben ocurrir en presencia de cuidado médico efectivo y en tiempo, de hasta un 30%.

Sin embargo, los ciudadanos, los medios de comunicación, la industria biomédica, los profesionales sanitarios y los políticos parecen no tener demasiado en cuenta estos aspectos, ya que la mayor parte de los recursos se dedican a la asistencia sanitaria y no propiamente a la consecución de objetivos de salud. De hecho, la mayor parte de las enfermedades responsables de la incapacidad y la muerte prematura son poco sensibles a incrementos adicionales de recursos estrictamente sanitarios. Tal como señala Geoffrey Rose, «los principales determinantes de la enfermedad son, sobre todo, económicos y sociales». La evidencia existente nos señala que la salud debe ser considerada a la vez como un producto social, es decir, el estatus de salud indica los niveles de progreso social y como un factor para el progreso social, esto es, que la salud contribuye al progreso social y económico. Cualquier sociedad donde impere la democracia se

preocupa por restaurar la salud perdida de sus ciudadanos y en buscar el consenso para fomentar los estilos de vida sanos entre los muchos actores que influyen en el universo de los comportamientos humanos.

La Sanidad es uno de los pilares del Estado del Bienestar, además de una actividad económica inserta en el sector servicios que genera riqueza y emplea a muchas personas. Es un sector muy dinámico y con una fuerte innovación tecnológica.

La actual crisis económica puede contribuir a reactivar las políticas de salud pública a través de distintos mecanismos. En las épocas de crisis la salud se ve afectada de forma particular por la caída de la renta y el empleo, las mayores posibilidades de pobreza y exclusión social y la mayor dificultad asociada al consumo de bienes y servicios que coadyuvan a la producción y mantenimiento de la salud, lo que ayuda a visibilizar el papel de los determinantes sociales de la salud y a percibir más claramente la necesidad de establecer estrategias de carácter intersectorial. En un nivel micro, se conoce desde hace tiempo el efecto deletéreo de la situación de desempleo sobre la salud de la población afectada, comparando con grupo control de empleados, y de como la estructura familiar y el subsidio económico, son variables que mitigan esta relación causa-efecto.

Tampoco puede olvidarse que la salud es uno de los determinantes del crecimiento económico, lo que contribuye a estimular el interés por mantener una población sana y productiva. Además, las situaciones de crisis económica reabren el debate sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas e intensifican el interés por la eficiencia, alentando así la búsqueda y puesta en marcha de políticas coste-efectivas, particularmente en las áreas de mayor nivel de gasto y de tendencia expansiva. Destacada pues la relación contraria, se aprecia la emergencia de los movimientos de apoyo a la salud pública considerándola como empresa ética y de justicia social irrenunciable.

Cierto es que los responsables políticos rara vez obtienen réditos por anteponer el largo plazo al corto. Pero, afortunadamente, en

ocasiones se ven obligados a modificar su enfoque temporal como consecuencia de compromisos de carácter supranacional que sí incorporan el largo plazo. En este sentido, la presión que están ejerciendo las instituciones europeas para reconducir la situación financiera de las administraciones públicas en los Estados miembro, y en particular en España, constituye un catalizador del cambio.

Avanzar en el conocimiento de cómo cada determinante impacta sobre la salud es obligado, los resultados han de ser correctamente comunicados y así conseguiremos ajustar adecuadamente, atención a la salud y sus determinantes (Hygenia), con la asistencia sanitaria (Panacea). Para ello, el primer paso es dotarnos de unos sistemas de información sanitaria capaces de aportar datos fiables y contrastables que permitan articular la política sanitaria basada en la evidencia. No cabe duda de que la mejora de las fuentes de información es una demanda recurrente de los profesionales de la salud pública y de los investigadores de servicios sanitarios. A menudo se piensa que el problema reside en las dificultades de «crear» información relevante, si bien en muchas ocasiones el origen del problema no reside en la inexistencia de la información, sino en su dispersión, difícil acceso, escasa homogeneidad, precaria sistematización, tardía publicación, insuficiente difusión y, por ende, escasez de análisis «ad hoc» en tiempo, de los datos sanitarios que se van recopilando con no poco esfuerzo.

Ejemplos de buenos análisis, existen para que no prenda la desazón. Un botón de muestra es que economistas y epidemiólogos norteamericanos cuantificaron entere 110.000 y 319.000 millones de dólares anuales la ganancia que ha supuesto el aumento de la inteligencia de los niños por el descenso de los niveles de plomo, sólo en términos de mayor productividad. Es una constatación que tras una intervención industrial, ambiental y de salud pública de gran calado se consiguieron mejoras de la salud, la calidad de vida y la economía. Estudios epidemiológicos efectuados en España en centenares de recién nacidos han visto que un 70% de las muestras de sangre de cordón umbilical presentan una concentración de mercurio superior

a la recomendable. Investigadores noruegos calculan que reducir la impregnación humana de mercurio conllevaría unos beneficios económicos de millones de euros cada año, contando sólo los correspondientes al aumento de la inteligencia. Si además se contabiliza la prevención de muertes prematuras, los beneficios se multiplican por siete. Otro ejemplo, el análisis de los beneficios que conllevaría mejorar la calidad del aire (reducción de contaminantes a los niveles recomendados por la OMS) en el área metropolitana de Barcelona, ahorraría cada año 3.500 muertes, 1.800 ingresos hospitalarios por causas cardio-respiratorias, 31.000 casos de bronquitis agudas en niños y 54.000 crisis asmáticas. Los beneficios económicos serían de 6.400 millones de euros al año. La dificultad: se requiere cambiar modelos de transporte y hábitos cultural y económicamente muy arraigados.

La salud pública ha estado limitada a una vía centrada en la enfermedad, donde su principal actividad es la prevención, especialmente en los grupos de alto riesgo. Las técnicas utilizadas para el análisis de factores de riesgo no identifican las verdaderas causas de las enfermedades. Con este abordaje se consiguen beneficios a corto plazo, pero no se abordan las amenazas fundamentales que afectan a la salud global, como son los determinantes sociales, económicos, medioambientales y educativos que subyacen en el binomio salud-enfermedad. Los cambios en el medio ambiente social (pobreza, desempleo, injusticia, soledad, exclusión, ...) son posibles y la acción pública ayuda. Atenuar el sufrimiento humano merece siempre la pena. Un respeto por los aspectos ecológicos, poniendo atención en el cambio climático y la contaminación ambiental, es esencial para que las generaciones venideras puedan disfrutar de una naturaleza compatible con la vida y con el desarrollo de las sociedades, muy especialmente, las de los países en desarrollo.

En algunas sociedades, dependiendo de las oportunidades, los incentivos y la cultura, la gente busca el beneficio propio más que en otras, en las que hay más confianza mutua y más contención. Posiblemente lo que ahora estamos viviendo no es sólo una muestra de

codicia, sino la desaparición de otras motivaciones como la compasión, la generosidad, la vocación pública y el compromiso. Es esta crisis de valores la que ha empujado a mucha gente a utilizar la codicia de manera imprudente, haciéndose daño a sí misma y a los demás y extendiéndose mucho y a gran velocidad. La globalización con más peso económico que social, afecta también a la situación de la salud pública que se agrava por la pérdida de poder de los Estados para actuar sobre determinantes fundamentales de la salud debido a que los «mercados» llegan a imponer las políticas públicas de éstos, con recortes de gasto público, obligando a nuevos estilos de vida y de consumo globales, con la aparición de epidemias como la obesidad, el comercio de bienes y servicios de salud en formato de turismo sanitario y la incesante contaminación ambiental que conlleva el cambio climático que, a su vez, afecta a la salud de todos, son algunas de las consecuencias que empezamos a sentir notablemente.

Son muchos, y rápidos, los cambios para los que la salud pública debe preparar y afinar sus respuestas a esta situación que propicia la globalización. Por ejemplo, cambios que pueden modificar el perfil epidemiológico de las enfermedades infecciosas ocasionados por las desigualdades sociales, por el incremento de la movilidad y el cambio de modos de migración humana, por la aplicación extensa e incorrecta de pesticidas dando lugar a un aumento de la resistencia de vectores, por el uso inadecuado de antibióticos que aumenta la resistencia de los agentes, por la destrucción del hábitat salvaje dando lugar a migraciones de reservorios y vectores, por el cambio climático, por el crecimiento poblacional, por la rapidez de los movimientos humanos a largas distancias, etc. Otros ejemplos: hay problemas como los residuos, la calidad del aire, el transporte, la seguridad vial, ... sobre los que las intervenciones en salud pública salen a cuenta.

I.  
EL MÉDICO DEL FUTURO

Un estudiante de los últimos años de Medicina tiene que conocer que el paso desde una investigación epidemiológica de factores de riesgo a una investigación de carácter poblacional, centrada en las teorías etiológicas y más ligada al contexto social y ambiental podría aportar conocimientos que favorezcan la implantación de políticas públicas dirigidas a mejorar la salud de la población, pero no lo garantizan.

La creatividad e innovación, la hibridación con otras disciplinas, el compromiso con los valores que fundamentan la salud pública y su papel preponderante en los servicios sanitarios son algunos de los factores que pueden mejorar la influencia de la salud pública en la medicina del futuro. Ante esta situación, la epidemiología mantendrá su papel en la salud pública si tiene capacidad de anticipación a los problemas y flexibilidad para adaptarse. Por ejemplo, hay problemas como la discapacidad, el envejecimiento, los efectos de los acuerdos de la organización mundial de comercio sobre la salud y otros muchos, para los que desde la salud comunitaria deben afinarse las respuestas. Y aquí los futuros médicos tienen un papel que desempeñar.

La salud pública prestará una gran atención a la actividad asistencial y a los servicios sanitarios por diversos motivos cuya importancia se está acrecentando. Por ejemplo, la oportunidad antes comentada que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en el entorno sanitario, especialmente Internet, o también, la relevancia económica y social de los servicios sanitarios. Respecto a la relevancia social de los profesionales sanitarios, cabe recordar que uno de los retos actuales de la salud pública es hacer realidad las estrategias de prevención poblacionales. Para ello, el concurso de los médicos es imprescindible, ya que la población los identifica como los garantes de su salud. Se hace preciso pues un médico con mucho conocimiento basado en la evidencia, con habilidades para

el manejo de los nuevos medios sociales, además de cualidades como la empatía y capacidades comunicativas y, cómo no, con preocupación por la economía de la salud y el buen gobierno de las organizaciones sanitarias.

En el contexto actual de profunda crisis económica y de marcada descentralización administrativa, es razonable pensar que aumente la dispersión en los modos de generar y utilizar la información. Y sin buena información será difícil establecer comparaciones en el desempeño de los planes de salud y de asistencia sanitaria de los servicios regionales de salud y evaluar los progresos.

Nadie cuestiona que el aumento de la eficacia médica parece seguir un ritmo casi exponencial y que los beneficios que de ello se derivan son de altísimo interés individual para los pacientes, y colectivo, para la comunidad. La Medicina además de aplicar el conocimiento científico-técnico, incesante como vemos, es una responsabilidad y una práctica que engloba las esferas biológica, psicológica y social, pues no siempre se trata pacientes y se tiene éxito, sobre muchas dolencias, sólo paliamos. Es una actividad moral que dispone de la investigación biomédica y las técnicas de gestión como baluartes de soporte a la pericia, integridad, sabiduría y espíritu de servicio exigibles.

La conveniencia de responder a las preocupaciones de la sociedad, nos lleva a tratar la profesionalidad como una competencia con componentes cognoscitivos que deberían desarrollarse en la formación del médico, tales como la empatía, la comunicación, el razonamiento moral, la capacidad para el trabajo en equipo,....

También a que el futuro médico tenga presente que como la sociedad cambia más rápido que la sanidad, es esperable que sean los pacientes, considerados como clientes, los que empujen el cambio de los actuales esquemas asistenciales. Una mayor capacidad de elección, una participación más sensible en la evaluación de los servicios prestados, dar prioridad a la visión subjetiva de la necesidad médica y la emergencia de un modelo de relación más simétrico con

el médico, resituará la práctica de la medicina que hemos venido observando.

La práctica de la medicina se ejerce dentro de un determinado marco económico y legal, definido en los sistemas de salud. Por tanto puede decirse que existe una «política sanitaria estatal» aunque claramente imperfecta la mayoría de las veces. Ello define todas y cada una de las condiciones y circunstancias en las que se ofrecen los servicios de salud y de atención sanitaria. Sin embargo, las dos condiciones fundamentales definitorias son los aspectos financieros y los que hacen referencia a los recursos humanos.

La práctica de la medicina, encarnada en el acto médico tiene tres agentes: el médico, el enfermo, y la enfermedad (auténtico vínculo entre ambas personas). El médico suele ser el agente activo, y el enfermo el actor pasivo («paciente»). Otros agentes de salud que intervienen en el proceso asistencial (enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, etc.) también establecen cierto tipo de vínculos, pero la relación paradigmática sigue siendo la establecida entre el médico y el enfermo.

El acto médico y la relación médico-enfermo es un proceso singular, interpersonal, en el que se pueden definir distintos subprocesos:

- El establecimiento del vínculo de confianza y seguridad.
- La recopilación de la información relevante mediante técnicas adecuadas (historia clínica, semiología, ...).
- La orientación diagnóstica mediante el análisis y valoración de la información clínica.
- La implantación de un plan de manejo terapéutico.
- La recuperación de la salud tras la enfermedad (rehabilitación, ...).

La asistencia sanitaria, ha permitido que el eje de la actuación sea la práctica de la medicina y que ello sea el mayor progreso que la humanidad ha tenido, junto al desarrollo científico. Los adelantos sanitarios son enormes pero no queda claro cómo se han conseguido. Se reconoce que la salud es un tema complejo, interdisciplinario e

incierto. Se produce dentro de un mundo que es también incierto. La sorpresa es que el sector sanitario influye poco ya en el nivel de salud de la población. Quizá por eso preocupa todo aquello relacionado con el control del gasto. Sin embargo, casi nadie se ocupa de visualizar, cuantificar y promover los beneficios que tienen miles de acciones de salud pública, todas aquellas que cuidan lo que respiramos, bebemos y comemos, cómo trabajamos, nos movemos y convivimos.

Las sociedades modernas se encuentran superadas frente a la tarea de conocer y legitimar el futuro de acuerdo con un modelo de predicción exacta. Cuando irrumpen nuevas incertidumbres, cuando hasta el saber experto se revela como algo inexacto y controvertido, entonces es el saber mismo el que se convierte en objeto de la política. A partir de ese momento hay que decidir políticamente qué recursos de saber deben generarse, qué grado de incertidumbre e ignorancia es aceptable respecto de determinadas decisiones. Ahora bien, es exigible que antes valoraremos y presentemos mejor a la ciudadanía lo que se hace bien y rinde beneficios a las personas y comunidades (y lo que no). Cuantificar y explicar mejor los costes y beneficios humanos, sociales y económicos de las inversiones en salud pública y medio ambiente, es y sigue siendo, asignatura pendiente, a pesar de lo muchos ejemplos de éxito: vacunas, aire limpio, agua potable, control de residuos, desaparición de contaminantes como plomo y mercurio, obligatoriedad de uso de cinturón de seguridad en coche y casco en moto, prohibición de tabaco en lugares públicos, .... Los progresos que se han producido en la práctica de la salud pública son muchos, parece que Hygenia va imponiendo tímidamente una mayor presencia en la práctica de la medicina a una Panacea, asistencia sanitaria, confortablemente, apoyada por el complejo industrial biomédico. Y esto son buenas noticias. Además la nueva Ley General de Salud Pública, ordena normas y actividades encaminadas a la protección y la promoción de la salud, pone en evidencia la necesidad de abordar de manera sistemática la dimensión de salud pública de todo nuestro SNS, toda vez que hasta ahora la actividad

reguladora se había centrado en la dimensión asistencial, postergando la articulación de las características básicas de la salud pública en España e impidiendo encarar con éxito algunos de los problemas más importantes en el ámbito de la salud, como la salud y sus determinantes sociales y económicos. En 2011 se ven descarnadamente todos estos problemas por los efectos de la globalización que traspasa límites locales y fronteras nacionales, del uso inadecuado de recursos, de la medicalización innecesaria y de las desigualdades territoriales y sociales. Se espera que esta Ley General contribuya a la sostenibilidad de nuestro SNS aunque se le achaca que no considera la necesaria financiación que llevará aparejada la aplicación de la norma.

Queda mucho por hacer en el refuerzo salubrista del syllabus de la educación médica. Los médicos del futuro han de ser holísticos en la comprensión de los problemas de salud. Sólo así serán conscientes de lo que pueden y no pueden influir sobre la salud de las personas que atienden y que margen de mejora recae en la propia responsabilidad de sus pacientes.

# 16

## EL AUGE Y LA CAÍDA DE LA MEDICINA: RAZONES Y CONSECUENCIAS\*

James LeFanu

En la medicina, se ve bastante claro el patrón de «auge y caída». Durante 30 años, a partir de los años 40, la medicina avanzó, impulsada por una combinación de ciencia clínica, el afortunado descubrimiento de medicamentos, y tecnología innovadora, así como las virtudes humanas de imaginación, perseverancia, y trabajo duro. Llegados los años 70, esas fuerzas dinámicas ya se habían agotado, creando así el vacío intelectual que llenaron «La Teoría Social» y «La Nueva Genética,» dos abordajes radicales pero al final infructuosos. El patrón de auge y caída ayuda a explicar la paradoja de que, a pesar del éxito descomunal de la medicina, los médicos están cada vez menos contentos y el público tiene cada vez más manías sobre su salud. Sería razonable inferir que el descontento de los médicos podría estar vinculado con el hecho de que la práctica de la medicina sea menos emocionante que en el pasado, mientras el creciente neuroticismo por parte del público se deberá a la incitación a la ansiedad de los proponentes de la Teoría Social. Pero habrá que investigarlo más profundamente.

---

\* Republicado con permiso de *The Rise and Fall of Modern Medicine*. Copyright 1999 Carroll and Graf.

Traducción y adaptación de Katherine Elliott.

Primero tenemos que estar seguros de que el patrón de auge y caída es cierto. No cabe duda de que los grandes descubrimientos médicos se concentraron antes de 1975, mientras otras evidencias del declive de la innovación en esta época, como la escasez de fármacos nuevos, se quedan bastante claras.

La verdad es que nos cuesta aceptar esta interpretación de los eventos, sobre todo porque la creencia en las posibilidades ilimitadas del progreso médico es tan dominante, pero es una observación histórica bastante común que las cosas efectivamente pasan así. Todos los campos del conocimiento humano tienen una edad de oro, seguida de un declive de la creatividad y de las ideas nuevas.<sup>1</sup> La «mejor hora» de la geología ocurrió a mediados del siglo XIX, cuando se descubrió que la tierra tenía miles de millones de años. Luego tocó a la historia natural, con la teoría darwiniana de la evolución. Los días de la gloria de la física teórica ocurrieron entre las dos guerras mundiales, marcados por la lucha de la física cuántica y la teoría de la relatividad de Einstein. Los años 60 fueron el apogeo de la exploración espacial, y así sucesivamente. La edad de oro de la medicina duró más de lo normal y tuvo mayor impacto, pero no tiene por qué ser la excepción a la regla. Igual que los exploradores europeos del siglo XIX al final se quedaron sin más tierra para explorar en África, hoy aunque es posible hacer un trasplante de corazón y curar los cánceres infantiles, el potencial futuro para el progreso en dichos campos se ve claramente limitado. La medicina, como cualquier campo, no puede escaparse de sus propios objetivos—o sea, tratar las enfermedades—de tal modo que el éxito necesariamente limita el progreso futuro. Es más, según la «ley de la aceleración» que propuso el historiador americano Henry Adams, es precisamente en el momento en el que una disciplina científica aparenta tener su máximo éxito (como la medicina en los años 60 y 70) cuando se acerca su apoteosis.

---

<sup>1</sup> Horgan, J. *The End of Science*. New York; Little, Brown:1996. Véase también Glass, B. «Science: Endless Horizons or Golden Age?» *Science* 1971; 171: 23-9.

Pero también existen razones específicas por las que la medicina se ajusta al patrón de auge y caída. En primer lugar, se limita a «aquello que se puede hacer,» y llegados los 1970 mucho de lo alcanzable ya se había hecho. La carga principal de la enfermedad ya se concentraba en los extremos de la vida. La mortalidad infantil se acercaba a su mínimo absoluto, la gran mayoría de la población sobrevivía toda su vida natural y solo era vulnerable ante las enfermedades determinadas por el envejecimiento. En segundo lugar, estas enfermedades vinculadas al envejecimiento, que son sin lugar a duda la preocupación dominante de la medicina occidental, son de dos tipos. Algunas, como la artrosis de cadera y el cierre de arterias, mejoran notablemente con medicamentos e intervenciones quirúrgicas; otras, como el cáncer y los trastornos circulatorios, se pueden paliar pero es imposible curarlas definitivamente. En ninguno de los dos tipos cabe mucho espacio para el progreso médico en el futuro. En tercer lugar, y siendo muy importante, la tasa de innovación médica no puede mantenerse ya que una gran cantidad de sus descubrimientos fueron por azar. Es muy poco probable que se repita un descubrimiento como el de los antibióticos, o el de la cortisona, dos recursos altamente poderosos y enteramente inesperados. Pero tarde o temprano los investigadores se darán cuenta de que ya no les quedan muchas posibilidades de que los compuestos químicos que les quedan para sintetizar tengan potencial terapéutico. Y por último, la investigación médica es, como dijo el biólogo Peter Medawar, «el arte de lo resoluble». De momento, queda muy poco claro si el último reto restante—el descubrimiento de las causas de las enfermedades como la esclerosis múltiple y la leucemia—es de hecho resoluble.

En el pasado muchos han sostenido que la ciencia ha llegado a sus límites, solo para verse refutados en seguida. A finales del siglo el físico británico el barón Kelvin insistió que el futuro de las ciencias físicas se radicaría en «la sexta posición decimal» (o sea, mejoras triviales en el conocimiento actual). Pero unos pocos años más tarde, Einstein avanzó su teoría de la relatividad, eclipsando

la certeza de la física clásica del barón. Quizás los pronósticos que dicen que la medicina ha llegado a sus límites se descartarán de una manera parecida en los años venideros. Quizás. Pero hay un muro que bloquea el progreso médico, y se está construyendo con por lo menos cuatro capas de ladrillos. Todo lo fácil de hacer ya se ha hecho; las enfermedades crónicas del envejecimiento ya se han aliviado; se ha acabado la suerte de los descubrimientos de medicamentos; y las causas de las enfermedades comunes que afectan a las personas de mediana edad siguen siendo un misterio.

Las épocas de auge y caída de la medicina no solo tienen una relación cronológica (con la caída lógicamente siguiendo el auge) sino dinámica también. La caída, que empezó a partir de los 70, se entiende mejor como un conjunto de estrategias falsas por las que el avance médico, alimentado por los éxitos del auge, intentó pasar el muro de ladrillos que dificulta progreso: estrategias de dar martillazos al muro, saltarlo con pértiga, sortearlo o minarlo.

La esencia del concepto de «dar martillazos» es hacer las mismas cosas pero con mayor intensidad. El uso excesivo de nuevas técnicas investigadoras para problemas médicos sencillos es un ejemplo: una endoscopia para todos los pacientes que tengan dolor de estómago, tomografía axial computerizada para todos los pacientes con dolor de cabeza, y un análisis complejo del flujo orinal para todos con síntomas de crecimiento anormal de la próstata. El margen para ampliar el uso de las tecnologías casi no tiene límite, y menos el grupo de pacientes potenciales se extiende hasta los que tienen 80 o 90 años. También había ocasión para «dar martillazos» buscando beneficios marginales. Como se puede ver en el sobreuso descomunal de la quimioterapia para paliar el cáncer en los pacientes de edad avanzada, o para intentar, sin éxito, prolongar la vida, como en el caso de la enfermedad final. Un cuarto del gasto sanitario en los Estados Unidos se destina a los pacientes a los que les quedan menos de seis meses de vida.

La industria farmacéutica tampoco ha tenido más remedio que seguir dando martillazos, dado la ausencia de nuevos y afortunados

descubrimientos de medicamentos. Sus esfuerzos han tenido varias formas, de las que la más obvia ha sido el de «construir una ratonera mejor,» o sea producir versiones nuevas y más costosas de fármacos ya disponibles. Puede que éstos sean «mejores» en el sentido de que sean más fáciles de tomar, o que tengan menos efectos secundarios, pero no son más efectivas desde el punto de vista terapéutico. Alternativamente, en el caso de que no haya remedio efectivo para una enfermedad, las empresas farmacéuticas han adoptado la estrategia de la «ratonera inútil,» suponiendo que los pacientes y sus familiares prefieren hacer «algo» a no hacer nada. Por lo tanto se recetan cada vez más los fármacos nuevos para Alzheimer y esclerosis múltiple, aunque tengan una eficacia que apenas se detecta.

La segunda respuesta al muro de ladrillos ha sido la de intentar saltar la escasez de tratamientos efectivos «con pértiga,» usando estrategias complejas y caras. La saga de la monitorización fetal que empezó en los años 70 con la esperanza de prevenir el parálisis cerebral pertenece a esta categoría, así como los programas de cribado nacional para detectar los cánceres de mama y del cuello uterino. Los cribados sí pueden tener éxito. No existe intervención más sencilla y más efectiva que hacer un cribado a todos los recién nacidos para detectar los que tengan el riesgo de tener una deficiencia mental causada por el hipotiroidismo. Una gota de sangre obtenida del talón se procesa automáticamente a un coste casi nulo para hacer el diagnóstico, y el tratamiento—la tiroxina—es cien por ciento efectivo. Pero aunque el objetivo de hacer el cribado del cáncer sea el mismo—detectar la enfermedad en una fase preliminar—no hay más semejanzas. Logísticamente, el cribado del cáncer es muy complicado de organizar, y las técnicas del diagnóstico—el frotis cervical y la mamografía—requieren una competencia médica considerable, y aun así la diferencia entre un resultado normal y uno que indica patología es poco clara. Por último, aunque el cribado de cáncer use las capacidades técnicas de enfermeras, radiólogos, patólogos, ginecólogos, y cirujanos, su impacto es mínimo, porque los

cánceres más agresivos, o sea, los que más se tienen que detectar pronto, surgen y se desarrollan tan rápidamente.<sup>2</sup>

La tercera opción, la de sortear el muro del ladrillos, procuró evitar que importara la escasez de tratamientos nuevos previniendo las enfermedades. Esta estrategia se llamaba «la Teoría Social.» Sin examinarla con demasiado detalle, su abordaje pareció bastante factible y de hecho se consideró la representación de una etapa nueva de la evolución de la medicina, en la que la prevención era una respuesta más sofisticada a las enfermedades como el cáncer y la cardiopatía que intentar «curarlas» usando unas terapias relativamente poco efectivas. Se han gastado unas cantidades enormes en «la promoción de la salud» con el fin de lograr estas metas. Su desventaja es que no funciona. La Teoría Social tuvo otra función importante: expandir la influencia de la medicina más allá de los límites tradicionales de la consulta entre el médico y el paciente para llegar también a la población sana. Proporcionó unos consejos aparentemente autoritarios sobre cómo el público debía llevar la vida, diciéndoles qué comer y qué no, y advirtiéndoles de los anteriormente insospechados peligros de la vida cotidiana.

Por último, la «Nueva Genética» intentó minar el muro a través de conocer el funcionamiento del organismo humano a su nivel más fundamental, con la promesa de que en algún futuro indefinido el muro se vendría abajo, dejando un camino largo y directo a la salud y la felicidad.

La consecuencia no esperada de todos los esfuerzos—los de dar martillazos, de saltar con pértiga, de sortear y de minar el muro de ladrillos— es que la medicina ha mantenido y hasta mejorado su estatus dominante en la sociedad occidental. La medicina jamás ha sido tan poderosa, y sin embargo su éxito se ve seriamente comprometido por otra «regla de cuatro,» un conjunto de cuatro paradojas.

---

<sup>2</sup> Baum, M. «Screening for Breast Cancer: Time to Think - and Stop». *The Lancet* 1995; 346: 436-7.

En primer lugar, los mismos médicos están desanimados. La proporción de ellos que «se arrepienten» de haber entrado en la medicina subió de 15% en 1966 a 50% en 1988.<sup>3</sup> En segundo lugar, la actitud del público hacia la salud se ajusta precisamente al mismo patrón: a pesar de los enormes avances médicos de los años postguerra, la proporción que afirma estar «preocupada» por su estado de salud ha aumentado de 15% a casi 50% en el mismo periodo.<sup>4</sup> En tercer lugar está la paradoja de que aunque esté claro que la medicina moderna funciona, un número alarmante de personas están suficientemente insatisfechas, o con su estilo o con lo que tiene que ofrecer, como para buscar y pagar tratamientos a los profesionales alternativos.<sup>5</sup> Por último, está la paradoja del aumento rápido de los costes (en Inglaterra los gastos en los servicios sanitarios se doblaron en menos de 10 años) sin conseguir beneficios correspondientes.

Las causas de las cuatro paradojas son diversas y complejas, desde la dominancia de las actitudes autoritarias y directivistas en la consulta médica hasta las actitudes cada vez más litigiosas de los pacientes. No obstante, desde una óptica histórica también se pueden ver como el lado multifacético del fenómeno singular de auge y caída de la medicina.

## I.

### PARADOJA 1: MÉDICOS DESILUSIONADOS

Desafortunadamente, la práctica de la medicina ya no es tan gratificante como en el pasado. Un gran número de las enfermedades más interesantes, las que antes suponían un reto para la perspicacia clínica de los médicos, han desaparecido, y los médicos de cabecera

---

<sup>3</sup> Allen, I. *Doctors and Their Career*. Policy Studies Institute: 1988, y *Doctors and Their Careers: The New Generation*. Policy Studies Institute: 1994.

<sup>4</sup> *Daily Telegraph*, 3 June 1996.

<sup>5</sup> Eisenberg, D. «Unconventional Medicine in the United States». *NEJM*. 1993; 328: 246-52.

no suelen ver a pacientes con problemas serios y agudos. Dicha falta de satisfacción se ha agravado por el crecimiento de la especialización, de modo que los cirujanos cardiacos que, en los primeros días del bombeo cardiaco, tuvieron que reparar muchos defectos anatómicos complejos, ahora solo hacen bypass coronarios rutinarios. Además, debido a la escasez de innovación terapéutica, lo que hacen los médicos a día de hoy es muy parecido a lo que hacían hace unos 20 años, y lo que hacía mucha ilusión en los años 60 y 70, como los trasplantes y la tomografía axial computerizada, ya es ordinario. En resumen, la medicina es más aburrida, como fácilmente se puede comprobar contrastando la chispa e interés de las revistas médicas de hace unas décadas con las de hoy, donde la genética impenetrable y la epidemiología improbable ocupan espacio sin aportar mucho al conocimiento colectivo. Además, los médicos de hoy son, en promedio, más inteligentes que los del pasado porque la selectividad para la carrera de medicina es mucho más competitiva, y por eso tienen más probabilidades de ser más intolerantes o menos aceptadores de la naturaleza monótona de la gran parte de la práctica médica.

## II.

### PARADOJA 2: LOS SANOS PREOCUPADOS

Es muy curioso que a medida que la medicina haya tenido más éxito, la proporción del público que se «preocupa» por su estado de salud haya aumentado. Puede ser que la gente «no se dé cuenta de lo bien que está,» sobre todo en comparación con la generación de sus padres, que sobrevivieron las privaciones de la Gran Depresión y las guerras mundiales. Pero igual de importante es que las falacias de la Teoría Social les han convertido en seres mucho más neuróticos. Si llegan a creer que un placer tan inocente como desayunar beicon y huevos les podría llevar a morir por un infarto prematuro, entonces no hay por qué dudar el gran número de peligros de la vida diaria

que han sido identificados en la última década. No es sorprendente que muchos se asustaron por su salud como resultado. Esta tendencia, a su vez, ha agravado el descontento profesional de la paradoja 1 porque una preocupación excesiva por la salud solo puede motivar a la gente a ir al médico sin necesidad. Los médicos, a su vez, se frustran por la cantidad de tiempo que tienen que dedicar a los «sanos preocupados».<sup>6</sup>

### III. PARADOJA 3: LA POPULARIDAD EN ALZA DE LA MEDICINA ALTERNATIVA

Las alternativas—en las formas distintas de homeopatía, naturopatía, acupuntura, etcétera—han llegado a ser tan populares (un tercio de las personas mayores a 18 años las usan cada año) que puede ser difícil de entender que antes de los años 80 solo tenían un uso minoritario y eran tachados de charlatanismo. La popularidad se podría atribuir a la plena atención total que ofrecen sus proveedores, siendo preferible a ser investigado y tratado más de la cuenta, y a gran coste, en una cama hospitalaria.

Pero las alternativas no son meras terapias placebo que hacen sentirse mejor a la gente sin surtir un efecto real. La efectividad de los fármacos modernos que empezaron a fabricar las compañías farmacéuticas a partir de los años 60 y 70 provocó el abandono de los remedios más sencillos y tradicionales y el rechazo de todo lo que no cuajara con las ideas «científicas» de la naturaleza de las enfermedades. Por lo tanto, después del descubrimiento de la cortisona y los otros antiinflamatorios, las capacidades necesarias de los reumatólogos pasaron a ser la de amañar los regímenes tóxicos de drogas, esperando que los beneficios fueran mayores que los efectos secundarios

---

<sup>6</sup> Baskey, A.J. *Worried Sick: Our Troubled Quest for Wellness*. New York; Little, Brown: 1988.

graves. Mientras tanto, todas las demás terapias para los trastornos reumatológicos—como el masaje, la manipulación, y los consejos dietarios—fueron renunciados virtualmente del todo, solo para ser «re-descubiertos» por los médicos alternativos en los años 80.

IV.  
PARADOJA 4: LOS COSTES DISPARADOS  
DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Cuanto más logra la medicina, mayor será la demanda para la atención sanitaria y mayor será el coste. Pero no es verdad, aunque se diga mucho, que la necesidad para la atención sanitaria no tenga límite. Al contrario, es bastante fácil gastar demasiado en la salud. El coste insignificante de una consulta para una cefalea tensional se hace importante cuando también hacen un encefalograma «por si acaso». Ejemplos parecidos se podrían multiplicar mil veces.

Además, el patrón de auge y caída indica que el futuro alcance de la medicina se dirigirá principalmente a aliviar las enfermedades crónicas degenerativas del envejecimiento, como hacen las prótesis de cadera y la cirugía de catarata. El creciente número de personas que necesitan intervenciones semejantes hará aumentar el coste, pero de una forma fija y medible. La paradoja del aumento del gasto sanitario más bien radica en la magnitud de los fondos dedicados a la atención sanitaria, que en los Estados Unidos casi han doblado en los últimos diez años, de \$391 mil millones a \$668 mil millones, sin ninguna impresión, ni medible ni subjetiva, de haber producido mejoras suficientes como para justificar tal incremento. Se explica más bien por los procesos de dar martillazos, saltar con pértiga y sortear los obstáculos al nuevo progreso médico que ya hemos resumido. Los costes crecientes son una fuente enorme de preocupación, dado que el Estado tiene un gran número de responsabilidades, como la educación y la cultura, que merecen la misma atención que la sanidad, o incluso más.

En resumen, las cuatro paradojas del éxito de la medicina moderna se pueden entender como aspectos de auge y caída de la medicina. Ya estará claro que la caída es más que un declive gradual en la tasa de innovación médica. La integridad moral e intelectual de la medicina también ha mermado durante las últimas dos décadas, como se nota en el contraste marcado entre el compromiso prolongado con los profundos problemas implicados por los trasplantes o los cánceres infantiles y las promesas ilusorias de la Teoría Social y la Genética Nueva. El distinguido historiador social Roy Porter explicó las consecuencias en detalle:

La ironía es que cuanto más sana es la sociedad occidental, más se morirá por los medicamentos... Se crean presiones inmensas —por parte de la medicina, los medios de comunicación, y la publicidad agresiva de las empresas farmacéuticas— para ampliar el diagnóstico de enfermedades tratables. Se crean pánicos, se engaña a la gente para que se someta a pruebas de laboratorio que muchas veces no son muy fiables. Gracias al avance diagnóstico, o bien paulatino o bien disruptivo, se descubren cada vez más problemas, solo para instar a tratamientos caros y exhaustivos... Este fenómeno es endémico a un sistema en el que el campo de la salud está en continua expansión, y se enfrenta con una población más saludable. Así se ve obligado a medicalizar eventos normales, convirtiendo riesgos en enfermedades y tratando las quejas nimias con intervenciones elaboradas... Se aplica necesariamente la ley de los rendimientos decrecientes. Prolongar la vida ya es factible, pero puede que el resultado sea una vida expuesta a una negligencia degradante a medida que se agoten los recursos. ¡Qué destino más ignominioso si el futuro de la medicina acaba por otorgar incrementos de vida exiguos y desagradables!<sup>7</sup>

Pero sin embargo la práctica diaria de la medicina va en contra de esta interpretación ya que a pesar de todo, tiene éxito, y gracias a la revolución terapéutica, lo tiene en y en la misma medida que hace

---

<sup>7</sup> Porter, R. *The Greatest Benefit to Mankind*. London; HarperCollins: 1998.

unos 50 años. Por consiguiente, el trabajo de los médicos sí les es gratificante y los pacientes sí se recuperan. A lo mejor el público se preocupa menos por los presuntos peligros de la vida cotidiana de lo que sugieren las encuestas, y, si llega una crisis de verdad, la mayoría confiará en lo ortodoxo y no en las alternativas. De todos modos, este análisis del pasado da sentido a los descontentos actuales, la confrontación y la corrección, como mejor garantía del éxito continuo de la medicina en el futuro.

OTRAS PUBLICACIONES  
EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

*Estándares para la Enseñanza de la Medicina*

José Luis Villanueva Marcos, Jesús Millán Núñez-Cortés  
y Margarita Barón Maldonado

*Competencias para el Grado de Medicina  
de la Universidad Complutense de Madrid.  
Documento base.*

Ángel Nogales, Jorge García Seoane, Elpidio Calvo,  
Ramiro Díez Lobato, Felipe Calvo  
y grupo de trabajo para la definición de competencias.  
Coordinador: Jesús Millán Núñez-Cortés  
(En coedición con Unión Editorial)

*Medicina Interna.  
Su función en la Educación Médica.  
Pasado, Presente y Futuro.*

Avelino Senra Varela y Jesús Millán Núñez-Cortés  
(En coedición con Unión Editorial)

*Evaluación Objetiva.  
Instrumentos para la Educación Médica.*  
Coordinadores: Jesús Millán Núñez-Cortés  
y Josep Carreras Barnés  
(En coedición con Unión Editorial)



# FE DE ERRATAS

## *Ser médico. Los valores de una profesión*

Unión Editorial / Cátedra de Educación Médica- Fundación Lilly,  
Madrid, 2012

- En la **cubierta**, **pág 3** título y **pág 5** directores:  
**dice** Kate Elliot **debe decir** Kate Elliott
- **Pág. 5** directores **dice**  
JUAN E. DEL LLANO SEÑARÍS  
*Instituto de Posgrado y Formación Continua ICAI-ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.*  
*Director de la Fundación Gaspar Casal, Madrid.*  
**debe decir:**  
JUAN E. DEL LLANO SEÑARÍS  
*Director de la Fundación Gaspar Casal, Madrid.*  
*Director Académico y Profesor de Gestión Clínica del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra.*  
*Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.*
- **Pág. 10** Índice y **p. 289**  
**dice** Jordi M. Gol-Freixaak  
**debe decir** Jordi Gol-Freixa
- **Pág. 11** Índice y **p. 359** Título capítulo 15.  
**dice** HYGENIA  
**debe decir** HYGIEIA
- **Pág. 129** nota pie de página  
**dice** Catedrático de la Universidad de Barcelona.  
**debe decir** Catedrático de Sociología de la Universidad de Barcelona.
- **Pág. 229**, pie de página después de Ginecología, **falta** Universidad Miguel Hernández de Alicante.
- **Pág. 289**, pie de página dice \* Suplemento 1 en vez de Sup pi 1,  
**dejar solo** \*\*\* Director de la Fundación Gaspar Casal.
- **Pág 359**, se añade  
\* Reproducido en parte del editorial «Hygenia, Panacea y sus responsabilidades», *Ges Clin San* 43, vol. 12, n.º 1, primavera 2010: pp. 3-5. Con el permiso de Gestión Clínica y Sanitaria.