

# Los fines de la Medicina: Nuevas Prioridades

## Los Cuatro Fines de la Medicina<sup>1</sup>

Traducción: Dr. Juan Pablo Beca I.

El proyecto "*The Goals of Medicine*" debatió ampliamente los valores, fines y prioridades de la medicina y propone los siguientes 4 fines, sin otorgarles prioridades fijas, y estableciendo que su mayor o menor importancia será mayor o menor según las diferentes circunstancias.

### **1. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud**

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son valores centrales por tres razones. En primer lugar porque es de sentido común que es preferible prevenir la enfermedad o daño a la salud, cuando ello sea posible. Una primera obligación de médicos, y de todos los que trabajen con ellos, será ayudar a los pacientes a permanecer saludables y educarlos de la mejor manera para esto. Algunos sostienen que los médicos que ayudan a sus pacientes a permanecer saludables les otorgan un servicio de igual relevancia que aquellos que les curan después que ha ocurrido una enfermedad, daño o incapacidad. La importancia de la promoción de la salud en el caso de los niños, muchos de los cuales aún mueren en altas tasas en muchas partes del mundo, no podría ser sobreestimada. Un antiguo propósito de la medicina era ayudar a la gente a vivir de manera más armónica con el medio, un objetivo que debe ser perseguido desde el inicio de la vida y hasta su final. El grupo de trabajo quiere enfatizar una instancia particular de prevención de enfermedad: el enorme daño a la salud que provoca el tabaco, y la necesidad de educar a los jóvenes para que no inicien su consumo, y a los mayores para que lo suspendan.

---

<sup>1</sup> Tomado de *The Goals of Medicine. The forgotten issues in health care reform.* Mark J. Hanson and Daniel Callahan. Georgetown University Press, Washington DC, 1999.

En segundo lugar existen pruebas, acumulativas e indiscutibles, de que algunos esfuerzos de promoción de la salud y de prevención de enfermedades tendrán como consecuencia beneficios económicos, por la disminución de la magnitud de los costos de la morbilidad y de las enfermedades crónicas en edades más avanzadas. Al mismo tiempo estos esfuerzos, aunque no tan costosos, son de todos modos formas costo-efectivas de mantener la salud. De esta manera además, un mayor énfasis en la promoción y prevención puede conducir a un menor interés en la dependencia de la alta tecnología, de la medicina intensiva y del dominio excesivo del prestigio de esta última.

En tercer lugar, es muy importante comunicar a la profesión médica y a la sociedad que la medicina es más que una disciplina de rescate que trabaja con individuos ya enfermos, y que los sistemas de salud son más que "sistemas de atención para enfermos". Otorgar un lugar preponderante a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad emite una señal, para todos los ajenos a la medicina, acerca del considerable beneficio individual y social de este énfasis.

Al sostener que la promoción y prevención constituyen un fin básico de la medicina no se quiere menospreciar dos puntos relevantes: la muerte se puede postergar pero no vencer; y la enfermedad en general no se puede eliminar, sólo se pueden evitar algunas enfermedades y éstas serán reemplazadas por otras en el transcurso de la vida de las personas. Por lo tanto a la prevención de la enfermedad no se le puede otorgar prioridad absoluta sobre otros fines de la medicina. Todos en algún momento enfermarán, sufrirán algún accidente o tendrán alguna discapacidad, y en ese momento los otros fines de la medicina estarán siempre en la primera línea.

Más allá de estas reservas hay muchos obstáculos en el camino de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Hay insuficiencia de datos sólidos en relación a los costos de los programas de promoción de la salud y de su relación costo-beneficio. Se ha argumentado a veces que, dado que los determinantes primarios del estado de salud es el ingreso económico, nivel social, educación y oportunidades sociales, hay muy poco que la medicina como tal pueda ofrecer para mejorar efectivamente el estado de salud de la población. Puede, en el mejor de los casos, ofrecer alivio cuando se presenta la enfermedad. En la misma línea se ha sostenido que enfatizar mucho en los cambios de estilo de vida individual implica de alguna manera "culpar a la víctima", como si el comportamiento fuese la causa última de la enfermedad. ¿Acaso no

muestra la visión de salud pública que los factores sociales son más relevantes que las conductas individuales como causa de enfermedad, y no ha mostrado la genética y otros conocimientos que habitualmente hay rasgos genéticos determinantes en la expresión de la enfermedad?

Estos no son puntos de vista irreconciliables. Aún cuando los datos sólidos sobre relaciones costo-beneficio son importantes, no hay mayor razón para señalar a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con más escepticismo que cualquier otro capítulo de la medicina. En cuanto a "culpar a la víctima" aún ante fuertes presiones sociales las personas pueden cambiar, y de hecho cambian, en sus hábitos saludables, sea en dejar de fumar, controlar su consumo de alcohol, disminuir de peso, o hacer ejercicio. En todo caso el comportamiento individual es la variable a través de la cual la influencia social es mayor. Aún cuando el cambio personal total es imposible y poco probable en muchos casos, desde una perspectiva particular y económica aún cambios relativamente pequeños pueden hacer una real diferencia. Debería ser también obvio que las diferencias culturales, del tipo que puede cambiar para mejor o para peor, influyen significativamente en las conductas individuales.

Quizá lo más importante al considerar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como fin central de la medicina, y no sólo de la salud pública, sea facilitar que en los años venideros se aproxime la relación laboral entre estos dos campos críticos del cuidado de la salud – medicina y salud pública - que han trabajado demasiado separados y a veces de manera competitiva. Es indispensable una mayor cooperación entre ellos. La salud pública está bien situada (cando tiene financiamiento adecuado) a través de su capacidad epidemiológica para el estudio de los patrones de las enfermedades, accidentes y discapacidades, entregando este conocimiento a la práctica médica. La medicina, por su acceso y centro en los pacientes individuales está en una posición única para aconsejarles, y también para identificar la mayoría de los factores de riesgo de las enfermedades a través de las historias familiares y pruebas diagnósticas. Mientras mejor puedan coordinar sus pericias la salud pública y la medicina clínica, ambas serán mejores. Una aproximación razonable a la promoción de la salud llevará a la medicina a preocuparse intensamente de la importancia de las condiciones de vida – económica, ocupacional y social - en el estado de salud. La medicina puede y debe por lo tanto integrar mejor sus esfuerzos con otras instituciones sociales y gubernamentales dedicadas al bienestar de la población.

## **2. El alivio del dolor y sufrimiento causado por enfermedades**

Así como hay enfermedades, tales como la hipertensión arterial, que no producen ningún síntoma, la mayoría de la gente busca la administración de medicinas para el alivio del dolor o del sufrimiento. Sus cuerpos sienten dolor de alguna manera, o sienten tal carga psicológica que buscan ayuda; y muchas veces ambos, dolor y sufrimiento, se experimentan simultáneamente. Sin embargo el dolor y el sufrimiento, aunque se unan en un mismo paciente, no son necesariamente lo mismo. El dolor se refiere a una alteración física y se presenta de diversas maneras: sensibilidad, quemadura, pinchazo, etc. Por el contrario el sufrimiento se refiere a un estado psicológico de carga u opresión, típicamente caracterizado por temor, ansiedad o incertidumbre. El dolor intenso y persistente puede ser fuente de sufrimiento pero el dolor no siempre conduce al sufrimiento, particularmente si el paciente sabe que el dolor es temporal o que es parte del proceso de curación. Por otra parte el sufrimiento no siempre implica dolor: gran parte del sufrimiento de la enfermedad mental, o simplemente los temores propios de la vida, no incluyen dolor físico.

El alivio del dolor y del sufrimiento se cuentan entre los deberes más antiguos del médico y constituye uno de los fines tradicionales de la medicina. Sin embargo, por una multiplicidad de razones la medicina contemporánea a través del mundo no logra cumplir adecuadamente con este fin. Durante muchos años diversos estudios han mostrado que los médicos difieren mucho en su comprensión y práctica de cómo mitigar el dolor. Es aún demasiado frecuente el manejo inadecuado o inapropiado del dolor. Esta deficiencia está exacerbada por leyes y costumbres en relación al uso de narcóticos que intimidan a los médicos para el mejor uso de los métodos analgésicos modernos. En muchas partes del mundo estos narcóticos no están siquiera disponibles; e irónicamente esto ocurre en países que logran obtener recursos económicos para terapias de alta tecnología, como ocurre con la quimioterapia para el cáncer. Tanto en países en desarrollo como en los desarrollados hay grandes insuficiencias en la educación para el tratamiento del dolor, en la aplicación de estos conocimientos, y en el apoyo médico y cultural necesario para el buen manejo rutinario del dolor. La medicina paliativa es un campo emergente de gran importancia que se ocupa de temáticas complejas

y aún no bien comprendidas. Debería tener grandes avances y recibir mucho apoyo.

El alivio del sufrimiento no está en mejor pie. Aún cuando hay bastante conocimiento de la efectividad de las estrategias farmacológicas para el dolor, el sufrimiento mental y emocional que puede acompañar a la enfermedad a menudo no es reconocido ni tratado adecuadamente. Se espera que los fármacos hagan la tarea que corresponde a la empatía y al consejo o guía. El fracaso de algunos médicos en tomar como punto de partida al paciente como persona global y no sólo como un conjunto de órganos, lleva a que el sufrimiento sea ignorado completamente, o considerado como poco importante cuando se le reconoce.

Como mínimo el error aquí está en no comprender que el temor a los problemas de salud o a enfermarse pueden a veces ocasionar tanto sufrimiento como su ocurrencia. La amenaza que el dolor, enfermedad o alteraciones posibles producen a la intimidad de la persona puede ser profunda, igualando a su efecto real en el organismo. Los médicos están llamados a ayudar y a aliviar estas ansiedades. Es perfectamente posible hablar de enfermos sin enfermedad al referirnos a una serie de experiencias y condiciones que no se pueden reducir a fallas orgánicas. Una perspectiva más holística en salud ayudará a establecer nuevos fundamentos para el cuidado de ese aproximadamente 50% de pacientes que necesitan ayuda pero que no manifiestan síntomas clínicos claros de enfermedad.

De enorme importancia es el sufrimiento generado por problemas de salud mental desde condiciones severas como la esquizofrenia o la depresión mayor hasta condiciones más leves pero aún serias como las neurosis, fobias o alteraciones de personalidad. No todos los problemas de salud mental tienen como base una enfermedad y es importante no esperar una base biológica para que se justifique tomar con seriedad los problemas de salud mental. El amplio rango de problemas mentales, bien reconocido médicamente, afecta a millones de personas a través del mundo. Aún así, debido a que sus síntomas iniciales pueden ser vagos o expresiones inespecíficas de sufrimiento, los problemas de salud mental son muy frecuentemente ignorados o minimizados a nivel del cuidado primario, donde existe fuerte tendencia a reconocer principalmente aquellas condiciones que se presentan como enfermedades orgánicas bien definidas.

La disparidad entre la cobertura económica para el tratamiento de enfermedades físicas y las facilidades tan limitadas para el cuidado de enfermos mentales implica un paradigma persistente: la enfermedad mental es menos importante que la enfermedad somática. La enfermedad mental puede, en efecto, generar tanto o más sufrimiento e incapacidad que la enfermedad física. Más aún, es muy importante que exista una adecuada comprensión médica de la diferencia entre condiciones patológicas con base orgánica y aquellas alteraciones funcionales que pueden ser expresión de daño social. La medicina debe reconocer que hay muchas formas de sufrimiento humano – guerra, violencia, pérdidas de confianza – que en sus causas no guardan relación alguna con problemas de salud o enfermedad.

¿Hasta dónde debe llegar la medicina para el alivio del sufrimiento?. Hay discrepancias por ejemplo en el tema de la eutanasia y del suicidio asistido – ambos históricamente condenados por la ética médica – como una forma de respuesta al sufrimiento de quienes padecen enfermedad terminal o incurable. Se reconoce sin embargo que el tema será más relevante en los años venideros, en la medida en que la medicina se ocupe de comprender mejor sus obligaciones con los que sufren, así como de reconocer los límites de dichas obligaciones. Parte del sufrimiento que acompaña a la enfermedad se entiende fácilmente como respuesta a la enfermedad misma. Puede producir miedo, desesperanza, profunda sensación de fatiga, ansiedad sobre el futuro, y sensación de gran vulnerabilidad e inutilidad. A estos síntomas los médicos y profesionales de la salud deben responder con empatía, planes de cuidado y, cuando sea posible, con consejo o guía. Pero algunos sufrimientos, particularmente aquellos relacionados con condiciones crónicas o terminales, pueden despertar en los enfermos preguntas sobre el sentido de la vida, del bien y del mal, del destino y del final de la vida. Estas preguntas son consideradas comúnmente como del área espiritual o filosófica y no propiamente médicas en su naturaleza.

¿Porqué estoy enfermo?, ¿porqué moriré?, ¿cuál es el sentido de mi sufrimiento?. La medicina en cuanto tal no puede ofrecer respuestas a estas preguntas porque no son temas de su competencia. Pero aún así, médicos y enfermeras en cuanto seres humanos, serán consultados en busca de alguna respuesta. Se sugiere que en esta materia los profesionales de la salud recurran a su propia experiencia y percepción de la vida, actuando simplemente como un ser humano frente a otro ser humano, recurriendo no sólo a sus conocimientos médicos sino a la compasión y a sentimientos de amistad. Sin

embargo a veces hasta los profesionales más empáticos o los paliativistas más expertos se verán sobrepasados. En estas situaciones la medicina debe reconocer sus propias fronteras; no todo lo de la vida puede ser controlado por una medicina que es tan finita en sus posibilidades como lo son en las suyas los seres humanos a quienes sirve.

### **3. El cuidado y curación de quienes padecen enfermedad, y el cuidado de los que no pueden ser curados**

Generalmente las personas acuden a la medicina porque se sienten enfermos, han sufrido un accidente o porque están física o mentalmente limitados. La medicina por su parte responde buscando una causa de enfermedad, con la presunción característica de que ella puede encontrarse en un órgano, miembro o sistema alterados. Cuando esto resulta posible la medicina busca curar la enfermedad y restituir el estado de bienestar y normalidad funcional del paciente. Aún así la gente habitualmente no se presenta al médico con un órgano enfermo, aunque sepan o sospechen que esa es la causa de sus malestares. Los pacientes usualmente buscan algo más que la mera curación, buscan empatía y comprensión. Los pacientes como personas traen al médico enfermedades o lesiones, esto es lo que más directa y subjetivamente advierten y los lleva a buscar alivio. Se presentan *a sí mismos* y es a partir de esta identidad de donde debería comenzar la curación y el cuidado.

En su celo por la curación de los pacientes, la medicina moderna ha abandonado su función de cuidar, como si considerara que cuando se puede encontrar curación no es necesario el cuidado del enfermo. Esta manera de pensar es un profundo error. Con seguridad en muchos casos el uso de técnicas absolutamente impersonales son admisibles y hasta meritorias, como en una traqueostomía de urgencia, reanimación cardio-pulmonar y en muchas técnicas quirúrgicas de alta tecnología. Pero mucho más frecuente que esto es la necesidad de cuidado. El cuidado no es la simple expresión de preocupación, empatía e interés en hablar con los pacientes. Es también la capacidad para conversar y para escuchar de una manera que esté también al tanto de los servicios sociales y redes de apoyo para ayudar a enfermos y familiares a asumir el amplio espectro de problemas no médicos que habitualmente rodean a la enfermedad. Obviamente que el buen cuidado exige la excelencia técnica como un elemento crucial.

Un padre enfermo que no puede cuidar adecuadamente a sus hijos puede sufrir mucho más por este hecho que por su misma enfermedad, tal como la esposa o esposo de un paciente con Alzheimer puede necesitar tanta ayuda como el enfermo mismo. La función *sanadora* de la medicina incluye tanto la curación como el cuidado, y sanar en un sentido más amplio puede ser posible aún en los casos que la medicina no puede curar. Se puede sanar al ayudar a una persona a aceptar positivamente sus limitaciones o molestias permanentes.

La Rehabilitación es actualmente un capítulo creciente e importante de la medicina, estimulado por la aparición de nuevas técnicas que permiten a enfermos o accidentados recuperar sus funciones vitales y reincorporarse a la sociedad. Es un tipo de medicina que se sitúa más bien entre la curación y el cuidado; en algunos casos se puede recuperar las funciones hasta su normalidad, en otros casos se obtienen logros parciales, y en algunos casos sólo se puede ayudar a disminuir el deterioro progresivo. De cualquier manera la rehabilitación exige gran dedicación y tiempo para ser efectiva y en este sentido se necesita un espíritu social y sentido del cuidado mantenidos en el tiempo. Sanar es una posibilidad real aún cuando el organismo no pueda recuperar su normalidad funcional.

En las sociedades con poblaciones que van envejeciendo, donde la enfermedad crónica es la principal causa de dolor, sufrimiento y muerte – en otras palabras, donde las enfermedades seguirán siendo frecuentes independientemente de las intervenciones de la medicina – el cuidado adquiere mayor importancia después de una etapa en la cual se le consideró como algo secundario. En casos de enfermedades crónicas los pacientes deben ser ayudados a encontrar un sentido personal a su condición y a asumir su vida en esas condiciones, probablemente de manera definitiva. Después de la sexta década la mayoría de las personas tendrá al menos una patología crónica y hacia los ochenta tendrán tres o más. Después de los 85 años al menos la mitad de la gente necesita alguna forma de ayuda o asistencia para realizar sus rutinas diarias. Debido a que el enfermo crónico debe aprender a adaptarse a una vida personal diferente, gran parte del trabajo médico debe enfocarse al manejo y no a la curación de la enfermedad. En este caso el manejo de la enfermedad es un cuidado psicológico empático y continuo de la persona que debe aceptar de una u otra manera la realidad de su enfermedad. Se ha llegado a señalar que puede ser necesario que la

medicina ayude a los enfermos crónicos a admitir una forma de nueva identidad.

Esta no es una situación exclusiva de los adultos mayores, aún cuando es probable que ellos constituyan el mayor número de enfermos crónicos. Enfermos con SIDA, niños discapacitados o adultos con secuelas de accidentes no están menos necesitados de estrategias de cuidado. Más aún, el verdadero éxito médico de salvarles la vida – sean ellos recién nacidos prematuros al inicio de la vida, o pacientes nonagenarios hacia su final – ha llevado al aumento y no a la disminución del real padecimiento de su morbilidad. La gente puede actualmente vivir con enfermedades que antes los habrían llevado a la muerte, y pueden vivir bien pero otras veces no es así. Consecuentemente no sólo hay necesidad de más medicina curativa sino, con seguridad, hay mayor demanda de medicina del cuidado.

#### **4. Prevenir la muerte prematura y posibilitar una muerte en paz**

La lucha contra la muerte, y en muchas de sus manifestaciones, es sin duda un rol importante de la medicina. Sin embargo este rol debería mantenerse siempre en un razonable equilibrio con el deber de aceptar la muerte como el destino de todos los seres humanos. Los tratamientos médicos deben aplicarse de manera que favorezcan más que lo que puedan dificultar la posibilidad de una muerte en paz. Lamentablemente la medicina moderna ha considerado frecuentemente a la muerte como su principal enemiga. Se ha llegado a esta situación al asignar una excesiva proporción de recursos a la investigación de enfermedades letales, prolongando a veces la vida más allá del punto del más mínimo beneficio humano, y descuidando así el cuidado de los moribundos – como si el paciente moribundo se hubiese rendido a los esfuerzos médicos de atención y alivio efectivos.

**Prevenir la muerte prematura.** La medicina, en su lucha contra la muerte, asume como una meta correcta y prioritaria disminuir las muertes prematuras, tanto de la población en general como de los individuos en particular. Un fin secundario es cuidar adecuadamente a las personas cuya muerte ya no sería temprana, pero en quienes el tratamiento sería sin embargo beneficioso. En un sentido amplio se trata de considerar como deber primario de la medicina contribuir a que los jóvenes lleguen a la vejez y, cuando ya se ha alcanzado a esa

etapa, ayudar a que los ancianos vivan el resto de sus vidas en condiciones de bienestar y dignidad.

La noción de muerte "prematura" será relativa según la historia, cultura, conocimientos médicos y la tecnología disponibles. En términos generales se puede decir que una muerte ocurre prematuramente cuando una persona muere antes de haber tenido la oportunidad de experimentar las posibilidades propias del ciclo vital humano: adquirir conocimiento, establecer relaciones cercanas y afectivas con otros, ver llegar con cierta seguridad a la vida adulta e independiente a la propia familia u otras personas dependientes, ser capaz de trabajar y desarrollar sus propias capacidades, luchar por sus proyectos de vida o, más ampliamente, haber tenido la posibilidad y capacidad para su realización personal. En el contexto del ciclo de vida individual, una muerte será prematura si, aún a una edad avanzada, la vida puede ser preservada y prolongada sin constituir un gran gravamen para el individuo o para la comunidad.

Aceptando que la prevención de la muerte prematura debe ser una meta de la medicina, hay que señalar que sería un grave error actuar como si toda muerte fuese prematura, un error no menor que luchar contra la muerte a expensas de otras necesidades de atención en salud. La lucha por una mayor expectativa de vida por sí misma no parece ser una meta correcta de la medicina. El promedio de expectativa de vida de los países desarrollados permite a sus ciudadanos una vida plena, aún cuando muchos de ellos aspiren a vidas más prolongadas. Sin duda que esta no es una meta personal inaceptable pero dados los costos y dificultades para alcanzar algún avance significativo mediante la innovación tecnológica, resulta dudosa que esta sea una meta global o nacional válida o, más en general, que sea un objetivo prioritario de la investigación médica.

**Posibilitar una muerte en paz.** Dado que todas las personas morirán y que los pacientes de todo médico pueden fallecer, tal como le ocurrirá al mismo médico, la medicina debe ser capaz de generar las condiciones clínicas en las cuales la muerte se pueda producir en forma pacífica. Una muerte en paz se puede definir como el proceso donde el dolor y el sufrimiento se han reducido al mínimo mediante medidas paliativas adecuadas, donde los pacientes nunca se sientan abandonados o maltratados, y donde el cuidado de los que no sobrevivirán se considere tan prioritario como el de los que son curables. Por supuesto que la medicina no puede garantizar una muerte en paz ni se puede responsabilizar por lo que las personas realicen alrededor de su propia muerte. Pero la medicina sí puede

evitar el error de tratar la muerte como si fuese un accidente biológico evitable. La muerte es, como por lo demás ha sido siempre, el devenir inevitable hasta del mejor de los tratamientos médicos. En algún momento de la vida de toda persona los tratamientos de sostén vital serán fútiles y así se llegará al límite de lo que puede ofrecer la medicina. Por lo tanto el manejo humano de la muerte es probablemente la más humana de las acciones y responsabilidades del médico, quien debe ser capaz de ver en sus pacientes tanto su propio destino como las limitaciones de la ciencia y del arte de la medicina en cuanto a seres mortales y no inmortales.

**Suspensión de medidas de sostén vital.** La medicina moderna ha transformado la muerte en un problema muy complejo. A la luz del progreso médico y de los constantes cambios tecnológicos, cada sociedad deberá elaborar sus propios estándares médicos y morales para el cese de la aplicación de medidas de sostén vital en pacientes terminales. Es importante que, siempre que sea posible, los pacientes y familiares tengan un rol activo en este tipo de decisiones. Los criterios para decidir suspensiones de tratamientos incluyen entre sus consideraciones el peso o carga del tratamiento para el enfermo, los beneficios probables en cuanto a mantener una calidad de vida aceptable, y la disponibilidad de recursos para aplicar tratamientos y procedimientos complejos. Dado su gran poder en estas circunstancias, las exigencias sobre el médico son tremendas: ponderar las necesidades del paciente, la integridad médica y favorecer una muerte en paz. El fin apropiado de la medicina en estos casos es promover el bienestar del paciente, mantener la vida cuando ello sea razonable y posible, pero reconocer al mismo tiempo que la muerte es parte del ciclo vital y como tal no se le puede considerar como un enemigo. Los enemigos reales deben ser a muerte en un momento inadecuado (demasiado precoz en la vida), por razones equivocadas (médicamente evitable o tratable a costos razonables), y la muerte que le sobreviene al paciente de manera inadecuada (con dolor o sufrimiento posibles de aliviar, o mantenidos por demasiado tiempo).