

EL AVANCE [IM]PARABLE DE LA BIOMEDICINA OCCIDENTAL

El Mundo Médico está sometido a una fuerte tensión. Los médicos y los hospitales se quejan de que no pueden satisfacer lo que ha llegado a ser una demanda sin límites de asistencia sanitaria. En numerosos casos, las mejores terapias disponibles solo aportan soluciones parciales; en otros, los procedimientos terapéuticos ocasionan, irremediablemente, incapacidades permanentes. Más chocante es que enfermedades triviales, como el catarro común, carezcan de tratamiento. Por unas y otras razones, unos y otros, reclaman más y mejor medicina.

El descubrimiento de los fármacos antimicrobianos a finales de los años 30, representó una revolución de la medicina moderna. Por un lado, inició un negocio multibillonario; por otro, junto con el desarrollo tecnológico de los años 40, hizo poderosa a la Medicina. Los pacientes encomendaron su salud a las manos de doctores omnipotentes que, arropados por una industria no menos todopoderosa, prescribían con total libertad.

A pesar de ello, es sorprendente la poca incidencia que los especialistas, las píldoras o la cirugía, han tenido en la mejora indiscutible del estado de salud global de la población durante los últimos 50 años. El incremento en la expectativa de vida en el mundo occidental, que se amplió desde los 63 años en los años 40 a los 76 en la actualidad, se ha debido, principalmente, a las mejoras higiénico-sanitarias: la nutrición, la vivienda y la universalización del uso de las neveras; poca incidencia ha tenido la medicina moderna.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud señaló que parecía haberse llegado a un estancamiento en la ganancia de salud. El estudio de la OMS indicó que, en comparación con la década de los 40, la población padece episodios más frecuentes y prolongados de enfermedades agudas, a la vez que incrementa la incidencia de las enfermedades crónicas. Otro hecho alarmante es el de la rebelión de los microbios; la tuberculosis, por ejemplo, está reapareciendo en occidente a causa de la utilización indiscriminada de los antibióticos, que ha dado la oportunidad a la bacteria de desarrollar resistencia.

El problema no es exclusivo del mundo desarrollado; en los países pobres, la explosión demográfica junto con una situación higiénico-sanitaria deplorable, que condicionan la aparición de nuevos patógenos, cierran la frontera de los 50 años de supervivencia; ello sin mencionar la batalla que representa el reto de controlar la calamitosa situación infantil. Por ello, la OMS confía en el descubrimiento de nuevos fármacos y en el desarrollo de tecnologías médicas más eficaces; ante todo, porque el tercer mundo se ha convertido en un exportador incontrolado de patologías.

Conscientes del panorama, los científicos han comprendido el reto: descubrir productos médicos eficaces. Saben que la recompensa puede ser sustanciosa; el cuidado de la salud es una de las mayores industrias del mundo. Además, tienen la suerte de disponer de poderosas herramientas; la biotecnología, las computadoras cada vez más rápidas y capaces, las telecomunicaciones y la robótica, están ahí y han de transformar, de nuevo, el mundo sanitario.

No cabe duda de que habrá píldoras para cada una de las enfermedades ahora sin tratamiento; existirán pruebas que permitan predecir la evolución médica de un sujeto a efectos de diseñar la estrategia adecuada para prevenir y controlar cada perfil patológico. Robots cualificados operarán con tal precisión que desplazarán a los más expertos cirujanos. Médicos, enfermeras, hospitales e industrias, estarán integrados en una red de computadoras, teléfonos, fibras ópticas y satélites, a la que tendrá acceso cada individuo. El negociado sanitario global estará automatizado y controlado en términos de coste y eficiencia.

Por otro lado, la próxima generación de productos médicos mejorará los resultados terapéuticos. La cirugía será menos invasiva y dolorosa y más segura; incluso se realizará sin la utilización del paradigmático bisturí. Los pacientes se recuperarán con mayor rapidez y necesitarán menor atención hospitalaria. En cuanto a los fármacos, la biotecnología evolucionará desde lo paliativo a lo curativo. No cabe duda de que todas esas innovaciones señalan buenos tiempos para el sector salud. Un aspecto de gran impacto lo representa la pirámide poblacional; gracias al progreso sanitario, en los últimos 20 años está sometida a fuertes tensiones. La población por encima de los 65 años ha incrementado un 20-25% en los países desarrollados. La tercera y la cuarta edad consumen el 35% del gasto sanitario; en el año 2001 consumirán el 50%. ¿Quién pagará la cuenta?

El resultado del darse cuenta de que el gasto sanitario se escapa de las manos, ha de ser una nueva concepción de la atención sanitaria. Las entidades aseguradoras, los hospitales, los médicos y la industria, tendrán que reagruparse en nudos sanitarios, que hagan una oferta sanitaria global a los pacientes. Los diferentes actores deben llegar a alianzas que consigan un servicio integral de salud. La industria, en este entramado, dependerá, cada vez más, de sus programas de investigación y desarrollo, a efectos de conseguir nuevos productos cada vez más eficientes.

Todo ello hace que cada semana aparezca en los medios de comunicación algún tipo de noticia sobre la terapia génica; invariablemente, los *dilemas éticos* ocupan espacio y tiempo. El escenario está ocupado por una variedad de protagonistas: bioclínicos, que esperan conseguir importantes ayudas de investigación; compañías biotecnológicas, que ofrecen genes a la carta; aticistas, que compiten para conseguir una plataforma pública para airear sus personales puntos de vista, e informadores, cuyas palabras favoritas suelen ser "cura" y "descubrimiento trascendente".

Si fuese necesaria la cirugía, el paciente, prácticamente, no necesitará ingreso hospitalario. Dada la inocuidad de los procedimientos quirúrgicos, los pacientes se recuperarán con rapidez, siendo impensable que se necesiten estancias mayores a 24h; en los casos en que sea necesario pernoctar bajo vigilancia, el paciente ingresará, no más de 12 h, en saniteles, donde se proporcionará atención de enfermería. El enfermo no tendrá que desplazarse al hospital; un quirófano móvil dotado de cirugía por telepresencia, será el que lo haga. En la mayoría de las ocasiones las intervenciones quirúrgicas las practicarán robots ayudados por enfermeras; habrá asistencia telemédica para decidir en casos de urgencia.

Las consecuencias sociales de los cambios señalados serán igualmente significativas. El contrato implícito entre el paciente y el médico deberá ser reescrito. Los pacientes, y no los profesionales sanitarios, serán quienes controlen el sistema. Los médicos serán meros miembros de un complejo equipo que, técnicamente, será coordinado por robots. En cualquier caso, la presencia dominante de los robots no debe significar mayor deshumanización de la medicina que la que siguió a la introducción del estetoscopio -la primera revolución tecnológica de la medicina-. En primer lugar, la telepresencia puede suponer un contacto interpersonal igual, al menos, que la entrevista directa; en segundo lugar, no parece que el efecto placebo que representa el médico pueda ser, en principio, reemplazado por el robot - entre los pacientes con jaqueca, el mero acto de ver al médico induce la desaparición de los síntomas en el 30% de los casos-. En cualquier caso, puede aventurarse que, a mediados del siglo XXI, la práctica totalidad de las enfermedades genéticas y microbianas habrán sido erradicadas; sólo los traumatismos fortuitos amenazarán una vida prolongada, al menos, hasta los 150 años.

En este contexto deben situarse los trasplantes de órganos y tejidos. El resultado es que el incremento en la demanda va muy delante de la disponibilidad de órganos; el equilibrio sólo podrá lograrse mediante la combinación de medidas educativas, incentivación o medidas legales, que lleguen a permitir la recuperación de todo órgano médicamente aceptable. No es ello tan fácil; en Francia se ha descrito el incremento en la demanda de donantes como canibalismo médico. Sin llegar a situaciones tan extremas, si es cierto que los trasplantes han reabierto las puertas a la discusión filosófica; conceptos tales como las dualidades identidad/alteridad, mismidad/nostridad, mismidad/otroidad, continuidad/inmortalidad o el cesar/morir, ofrecen un amplio campo de discusión teórica. Por otro lado, surgen aspectos que parecen importados de, hasta ahora, las extrañas culturas indo-orientales; la distinción entre cadáver y persona muerta, así como el replanteamiento del significado de la muerte, son temas de primera línea. De igual modo, el significado de las segundas exequias o el segundo cuerpo, cobra actualidad.

Toda la problemática anterior está relacionada con la benemortasia, que entiende el respeto al derecho de muerte digna de la persona. La Enciclopedia de Bioética define la distanasia como *ugly death*; se entiende por tal la utilización de las máximas posibilidades terapéuticas con el fin exclusivo -cuando no existe posibilidad razonada de recuperación- de mantener una existencia exclusivamente vegetativa. La persona pasa a ser mero cuerpo; la dignidad humana se olvida, aunque el paciente se niegue a perderla.

En su conjunto, parece existir una insatisfacción progresiva con ciertos aspectos de la medicina ortodoxa o convencional que incluye la alta tecnología. Diferentes estudios indican un crecimiento de una industria conocida como medicina alternativa, tal como la osteopatía o la quiropráctica, así como del renacer de la folkmedicina o medicina del pueblo. Se compone ésta de creencias y prácticas médicas que, en principio, son accesibles a todos los miembros de una sociedad sin necesidad de que posean tipo alguno de formación diferenciada; en otras palabras, la folkmedicina representa los aspectos no institucionalizados del modelo de cultura médica.

Arrancando de ejemplos etnográficos de medicina primitiva (cuyas prácticas no pueden comprenderse fuera del contexto de valores, creencias y prácticas de la sociedad de que se trate, y cuyo ejemplo mejor estructurado pudiera ser la medicina azanda) así como de grupos rurales aislados de nuestro entorno cultural, en una época de medicina científica impersonal, deshumanizada y tecnológica en grado extremo, algunas personas - cada vez más - encuentran atractivas la simplicidad y naturalidad de las tradiciones folk. Lo justifican - y en el caso de almacenes de productos naturales lo comercializan - con una especie de llamada rousseauiana de retorno a la naturaleza. Por otra parte, los sanadores fraudulentos, los curanderos, no tienen ninguna de las características de los anteriores; sin embargo, constituyen una alternativa a la asistencia médica. Ante esta actitud, debe preguntarse que está pasando en la medicina. En primer lugar, existen patologías para las que la moderna medicina no ha conseguido curación; en especial, para el cáncer y para una serie de enfermedades crónicas (reumatismo, enfermedades cardiovasculares, enfermedades psiquiátricas y algunas metabolopatías). En segundo lugar, la creciente especialización de la medicina ha fraccionado la asistencia al paciente; el profesional enfoca su atención hacia la enfermedad más que hacia el enfermo. Un tercer factor lo representan los condicionantes personales respecto a la enfermedad (religión, miedo, superstición, ignorancia, credulidad).

En resumen, las terapéuticas alternativas, no convencionales o heterodoxas, son difíciles de definir. Desde un punto de vista sociológico, se refieren a aquellas prácticas médicas que no se corresponden con los estándares de la comunidad médica. Poco se conoce de su prevalencia, coste y costumbres. Una encuesta masiva realizada en el primer trimestre del año 1991 en USA revela datos interesantes; el 34% de los encuestados utilizó, al menos, un tipo de terapia heterodoxa durante el año 1990. De ellos, el 65% lo hizo sin consultar experto alguno. Las tasas de utilización variaron entre 23-53% de todos los grupos sociodemográficos considerados; la utilización fue mayor en el grupo de edad comprendido entre los 25 y los 49 años, fue más frecuente entre grupos con mayor grado de educación y, significativamente mayor, por personas con mayores ingresos económicos. Los norteamericanos, a lo largo del año 1990, gastaron más dinero en medicinas alternativas que en hospitalización.

Pero las medicinas alternativas es mucho más que un sorprendente acontecimiento de la sociedad postmoderna occidental. El programa de medicina tradicional de la WHO presume que, aproximadamente, el 80% de los 4.000 millones que habitan el planeta fundamentan su salud en dicho tipo de medicina. En China, los profesionales de la salud utilizan plantas para tratar al 40% de sus pacientes que requieren atención médica primaria. De manera similar, el gobierno de Sri Lanka reconoce la importancia de la medicina tradicional, y lo mismo es válido para la República de Mongolia, que creó el Instituto de Medicina *Folk*, en Ulan Bator. Las raíces de la medicina mongola se entroncan con la tradición budalamaista del Tíbet, a su vez fundada en el Ayurveda, el sistema médico ancestral de la India.

Un hecho singular: a finales del año 1983, en pleno apogeo de la nueva tecnología médica, apareció un artículo en el *New England Journal of Medicine* sobre el valor de la autopsia en tres épocas médicas. Objetivo: determinar si los avances en los

procedimientos de diagnóstico, incluida la imagen tomográfica computarizada, reducían el valor de la autopsia. Se analizaron cien autopsias, elegidas al azar, de cada uno de los años académicos 1960, 1970 y 1980, en un hospital universitario del máximo prestigio, el Peter Bent Brigham Hospital, de la Universidad de Harvard. Los resultados indican que, en los tres periodos, en el 10% de las autopsias se encontraron situaciones que, de haberse conocido durante el curso clínico del paciente, hubieran modificado el tratamiento; en otro 12% se reconocieron hallazgos de menor incidencia. En el 24% de las autopsias correspondientes al año 1980 se encontraron infecciones de diverso tipo y localización, que pasaron desapercibidas al clínico. Por otro lado, la aplicación de la diferente tecnología punta no redujo el empleo de las diferentes pruebas convencionales.

Sirva de epílogo una cita del Prof. David Weatherall:

“El papel, cada vez más importante, de la ciencia en la provisión de los cuidados médicos, junto con la dificultad y lo complicado de los factores sociales y éticos asociados, que orientarán la capacidad para determinar el futuro, exigen de todos nosotros una mayor preparación científica. Los políticos deben comprender los rudimentos de la evidencia científica, y la sociedad, en su conjunto, debe estar suficientemente informada para poder participar en el debate de las complejas repercusiones que, continuamente, derivan del avance de la investigación biomédica.”

Cita que debería incluir un reconocimiento explícito de la dignidad humana y del respeto a la diversidad cultural. El problema es, como señala García Baca en su *Elogio a la Técnica*:

“... que la técnica no reconoce límites naturales y menos aún fronteras políticas, sociales, económicas, religiosas, etc. No las reconoce ni respeta ni de palabra ni de obra. La técnica es, por intención y por programa, superación de tales límites. ¿Cuántos podrá trascender?”

La técnica es apertura a novedades y no puede toparse con fronteras, límites o definiciones que le taponen el porvenir. Pero en cualquier caso, como alguien dijo:

*“en medio de su poderío,
al hombre no podrán quitarle su dolorido sentir, proclamaban, a una,
Garcilaso y Azorín”.*

Pedro García Barreno
del Hospital General Gregorio Marañón
de la Real Academia de Ciencias.
Madrid, 1995