

La crisis de la medicina: sus males y posibles remedios

Fco. Javier García Aguayo

Médico radiólogo

E-mail: jgarciaaguayo@telefonica.net

Recibido: 16 de noviembre de 2020

Aceptado: 14 de abril de 2021

RESUMEN: La actual hegemonía del modelo biomédico, en detrimento del modelo biopsicosocial, es considerado en el presente artículo la causa principal del malestar con que hoy se practica y se sufre muchas veces la medicina. Otros factores son la medicalización, el mercantilismo y la tecnolatría. Ante una medicina en constante expansión e insostenible económicamente, se aboga por un replanteamiento de sus fines, límites y prioridades; primero, restaurando la relación médico-paciente como núcleo esencial de la profesión; segundo, restableciendo la Atención Primaria como pilar fundamental de los sistemas de salud.

PALABRAS CLAVE: modelo biomédico; modelo biopsicosocial; fascinación tecnológica; mercantilización; atención primaria; relación médico- enfermo.

The crisis of medicine: Its ills and possible remedies

ABSTRACT: The current hegemony of the biomedical model, to the detriment of the biopsychosocial model, is considered in this article the main cause of the malaise with which medicine is often practiced and suffered today. Other factors are medicalization, commercialism and technolatrý. In the face of a medicine in constant expansion and economically unsustainable, a rethinking of its aims, limits and priorities is advocated; first, restoring the doctor-patient relationship as the essential core of the profession; second, reestablishing Primary Care as the fundamental pillar of health systems.

KEYWORDS: biomedical model; biopsychosocial model; technological fascination; commodification; primary care; doctor-patient relationship.

1. Introducción¹

La actual crisis de la medicina se enmarca en la crisis global de la sociedad desarrollada occidental, que ha dado la espalda a sus dos tradiciones básicas, la judeocristiana y la grecolatina. Con el advenimiento de la Ilustración y la Modernidad en el siglo XVIII, y la consiguiente entronización de la razón científico-técnica, los antiguos dioses, sus leyes, valores y principios, aquellos que dotaban de contenido y significado a la vida de individuos y colectividades, han caído en el olvido, reemplazados por nuevas “religiones”, como el Progreso, la Ciencia y el Mercado, constituidos en auténticos ídolos “salvadores” de nuestra civilización. Pero este sueño de la razón ya empezó a hacer aguas hace un siglo (1ª Guerra Mundial), y desde entonces no sabemos cómo corregir el rumbo. La mentalidad postmoderna es un intento de respuesta vaga y sin perfilar.

Hace ya 40 años Iván Illich alertó sobre la “epidemia de la medicina”², estableciendo tres tipos o niveles de daño médico: la *iatrogenia clínica* (perjuicio individual), la *iatrogenia social* (adicción de la colectividad a los cuidados médicos como

solución a todas las dificultades de la vida), y la *iatrogenia estructural* (destrucción de la autonomía del paciente y la expropiación de su responsabilidad individual en el cuidado de su salud). Desde entonces, lejos de enmendarse, la medicina avanza cada día más en la misma dirección errónea. Hoy podemos concluir que son cuatro sus principales dolencias: el modelo biomédico, la medicalización, la mercantilización y la tecnolatría. Estos cuatro “agentes morbosos” no actúan por separado, sino que lo hacen conjuntamente, reforzándose de una manera tremendamente eficaz y dañina.

2. El modelo biomédico

G. Engel, en 1977, consideró que la crisis de la medicina actual es en realidad la crisis del modelo biomédico, el cual define la enfermedad en parámetros únicamente somáticos³. Propuso un nuevo modelo biopsicosocial, cuya fundamentación se encuentra en la “teoría general de sistemas”. Recibió entonces múltiples adhesiones y algunas críticas, pero en la actualidad las aguas han vuelto al viejo cauce, y por el momento parece

¹ Dedicado a Joaquín Chaume Martínez, maestro y terapeuta de niños.

² I. ILLICH. *Némesis médica, la expropiación de la salud*, Barral, Barcelona 1975.

³ M. A. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*, Masson, Barcelona 1998, 121.

difícil un cambio. El origen del paradigma biomédico o científicista hay que situarlo históricamente en el Renacimiento, concretamente en las prácticas de disección de cadáveres⁴. No solo las culturas y tradiciones clásica y cristiana, también la islámica, la china y la hindú, prohibían tales prácticas, al considerar el cuerpo humano un microcosmos dentro de la naturaleza, investido de una especial dignidad, y por tanto inviolable.

Este viaje emprendido hacia lo más profundo de la naturaleza humana es lo que ha hecho que la medicina occidental sea única; y ha mantenido la fecunda convicción de que la clave de la salud y la enfermedad residen en una constante investigación del cuerpo humano, aun cuando haya fomentado también un reduccionismo miope que sacrifica el conocimiento del todo al de las partes; además de separar artificialmente la psique del cuerpo, concibiendo a este como una máquina, a la enfermedad como una avería y al médico como a un mecánico. Sus verdades son solo aquellas objetivables por medio de la medida y el cálculo, mientras el observador permanece distante sin mezclarse en ningún momento (eso pretende) con la realidad observada, y

presume que una sola causa explica cada uno de los fenómenos (obviando la multicausalidad).

Según Geoffrey Rose “los factores genéticos dominan la susceptibilidad a la enfermedad individual, pero el ambiente y el estilo de vida dominan la incidencia y la prevalencia”. Hay que decir que el último modelo en boga, la “medicina basada en la evidencia”, portador de muchos valores, tiene el peligro de ahondar en el biologicismo, si pretende ajustar rígidamente los pacientes y sus dolencias particulares a guías y protocolos cerradamente normalizados, que no tiene en cuenta el grado de satisfacción del paciente y la adherencia de este al tratamiento.

El primer precepto de la medicina hipocrática era no hacer daño (*primum non nocere*), e incluso propugnaba abstenerse de actuar ante las enfermedades incurables, ¿podríamos hoy suscribir lo mismo cuando la iatrogenia en EE.UU. está considerada la tercera causa de muerte tras las enfermedades cardíacas y el cáncer?⁵. Desde el cuestionado valor de los cribados mamográficos⁶, pasando por los

⁴ R. PORTER, *Breve historia de la medicina, de la antigüedad hasta nuestros días*, Taurus, Madrid 2003, 97-99.

⁵ *Los profesionales de la salud en España*. Fundación Sindical de Estudios, GPS, Madrid 2008, 178.

⁶ P. C. GOTZSCHE – M. NIELSEN, “Screening for breast cancer with mammography”, *Cochrane Database Syst Rev* 4 (2009) CD001877.

dudosos tratamientos oncológicos en los cánceres avanzados, existe una abundante bibliografía que denuncia el mismo estado de cosas a lo largo y ancho del extenso campo de la medicina de hoy⁷. Resultado de la aplicación de la todopoderosa maquinaria tecnológica, acabamos atrapando en la red a toda la población, sana o enferma, de manera que en ocasiones se podría llegar a decir, sin temor a exagerar, que no dejamos vivir ni morir en paz a la gente, tal es el esforzado “encarnizamiento” diagnóstico y terapéutico que llevamos a cabo. Solo el temor que la enfermedad causa puede explicar tal grado de sumisión de nuestros pacientes, pero ¿haríamos igual con nosotros mismos?

Me temo que en muchos casos sí, tal es la confusión reinante. H. G. Welch propone, de una parte, la existencia de intereses creados (industria) y, de otra, una masa de “creyentes sinceros pero acríticos”, sobre todo jóvenes profe-

⁷ J. BLECH, *Los inventores de enfermedades, cómo nos convierten en pacientes*, Destino, Barcelona 2005; *Ibid.*, *Medicina enferma, como protegernos de las terapias discutibles*, Destino, Barcelona 2007; P. C. GOTZSCHE, *Medicamentos que matan y crimen organizado, como las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*, Los libros del lince, Barcelona 2014; J. GÉRVAS – M. PÉREZ FERNÁNDEZ, *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*, Los libros del lince, Barcelona 2013.

sionales muy preparados pero un tanto bisoños, convencidos de que la medicina puede hacer más de lo que en realidad puede, sin tener conciencia de los límites⁸.

3. Medicalización

Es un hecho bien conocido, pero contrario a la popular creencia, que la elevación del nivel general de salud de la población en el último siglo se ha debido, en mucha mayor medida que a la asistencia sanitaria, a las mejores condiciones de vida, empezando por una adecuada nutrición. Es una verdad que convendría repetir a los estudiantes de medicina, para bajarle los humos a una medicina en exceso glorificada.

Es preciso, en primer lugar, redefinir el concepto de salud al uso en nuestros días, del todo irreal y utópico, que es el propuesto por la OMS en 1947: “completo estado de bienestar físico, mental y social”. En pretensiones abusivas como esta radica el problema de la medicalización de la vida, pensando que la medicina tiene poco menos que la llave de la felicidad humana, que todo el pesar de vivir, el dolor, el sufrimiento, el mie-

⁸ H. GILBERT WELCH. *Overdiagnosed, making people sick in the pursuit of health*, Beacon Press, Boston 2012.

do, la tristeza, la vejez y la muerte pueden ser por ella superados.

Daniel Callahan propone una definición más realista: “bienestar físico adecuado, que no necesita ser completo, y en el que no hay alteraciones significativas de las funciones orgánicas”⁹. Puede decirse que el antiguo papel sacerdotal del médico no ha desaparecido, sino que se ha transformado, fruto de la sociedad laica en la que vivimos¹⁰. Los valores de virtud y pecado se han trasmutado en los de salud y nocividad, de tal manera que muchos hombres que no tienen en cuenta precepto religioso alguno, se adhieren con absoluta obediencia a las prescripciones del galeno de turno, que les dice lo que tienen que comer, las costumbres higiénicas, las actividades físicas, etc. Si el hombre religioso velaba primordialmente por la salvación de su alma, el hombre secularizado lo hace por la de su cuerpo, suponiendo que el objetivo de su vida es prolongarla, y no dotarla de significado. “La medicalización de la vida es uno de los problemas que actualmente contribuyen a la masificación de las consultas, especialmente en atención primaria y urgencias, provocando a la vez una atención médica de baja cali-

dad y la frustración de los profesionales de la salud”¹¹.

4. Mercantilización

Para el mercado, el individuo es un consumidor, no un ciudadano, no tiene derechos, solo deseos. Los derechos tienen sus límites, muchas veces dictados por los deberes, mientras que los deseos pueden ser fomentados, resultando insaciables. En la actual era neoliberal la salud es una gran oportunidad de negocio (y este atiende primordialmente al deseo) que no se puede desaprovechar. Los gobiernos europeos, como medio de aliviar el gasto creciente en sanidad, han optado últimamente por la llamada “colaboración público-privada”. Pero esto, lejos de ser una solución, se está demostrando un problema más. Los sistemas nacionales de salud están sufriendo el constante embate privatizador que comenzó en la era Thatcher, cuya propaganda comienza por manipular la opinión pública creando el prejuicio de que la empresa privada es, por definición, más eficiente que la administración pública¹².

⁹ M. A. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, *Historia, teoría y método de la medicina*, 330.

¹⁰ P. LAÍN ENTRALGO, *El médico y el enfermo*, Triacastela, Madrid 2003, 24.

¹¹ R. OROHUELA – C. SANTOS – E. GONZÁLEZ *et al.*, “La medicalización de la vida (I)”, *Rev Clin Med Fam* 4/2 (2011) 150-161.

¹² *Los profesionales de la salud*, 138.

Poco importa que tengamos el ejemplo de los EE.UU., la nación con mayor gasto sanitario del mundo y comparativamente peores indicadores de salud. Esta paradoja se explica en parte por el abandono de la atención primaria, lo que no es de extrañar, pues el cuidado de los enfermos crónicos, finalidad prioritaria de aquella (junto con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad), no requiere grandes recursos biotecnológicos, y por lo tanto grandes inversiones que rentabilizar; y sí un número suficiente de profesionales sanitarios debidamente cualificados y motivados. Pero además de ineficiencia, la salud en manos del mercado genera desigualdad dentro de los países ricos y, por supuesto, en los países pobres, que sin una demanda económicamente solvente ven por completo desatendidas sus necesidades.

Además de los intereses corporativos y de los seguros médicos privados (EE.UU.), de las privatizaciones de los servicios nacionales de salud (Europa), la mercantilización de la medicina tiene su principal instrumento en el todopoderoso y omnipresente complejo médico-industrial (así llamado a semejanza de lo que en defensa se conoce como complejo industrial-militar)¹³. La mayoría de los

ensayos clínicos con más “evidencia” los financia la industria farmacéutica y de equipamiento, y se realizan en los hospitales; lo que representa una atadura y una servidumbre incuestionables, limitando también su aplicabilidad a la atención primaria.

5. **Tecnolatría**

“Los sistemas tecnológicos se imponen de forma autónoma entre los vínculos existentes entre el individuo y la colectividad, es decir, a las normas y a la política. En un mundo en que los centros de poder están interconectados y deslocalizados, el orden mundial se sostiene por organismos sin control democrático, lo cual provoca indefensión. El proceso de creación e implantación de nuevas tecnologías está legitimado por los valores culturales dominantes y estimulado por los citados centros económicos, financieros e industriales. La elaboración y penetración de la alta tecnología suele valerse del hospital y los especialistas, que necesitan herramientas cada vez más sofisticadas para mejorar su certeza diagnóstica y conseguir tratamientos más eficaces”¹⁴.

Si echamos un vistazo a la historia podemos rastrear los inicios y primeras advertencias a una medicina tecnificada en la naciente electrofi-

¹³ *Los profesionales de la salud*, 94.

¹⁴ *Los profesionales de la salud*, 173.

siología, que sirvió a la escritora Mary Shelley en 1812 para crear el mito de Frankenstein, un alegato contra el “moderno Prometeo”¹⁵. Con el experimentalismo que la introducción del laboratorio en la clínica hizo posible, no existía ya conocimiento prohibido, todo era posible, surgiendo el temor, más o menos confeso tras la dolorosa experiencia de numerosos avatares históricos, de que “si algo se puede hacer, tarde o temprano acabará haciéndose”.

De forma progresiva e imparable, la atención sanitaria moderna ha dado la espalda a la secular tradición hipocrática, centrada en la diáda médico-paciente, aspecto nuclear que se ha venido desvalorizando¹⁶. En países como EE.UU. se estima que la colosal industria en que ha venido a degenerar la medicina representa el porcentaje más alto del PIB (15%). Sus críticos dicen que es un monstruo, una institución fuera de control, impulsado más por los beneficios y el poder profesional que por las necesidades de los pacientes. La población adopta una actitud ambivalente respecto de esta forma de medicina sin alma: por una parte, se entrega a ella hipnotizada por el prestigio de la ciencia; de otra,

echa cada vez más en falta el trato cordial y humano hoy perdido. Este dilema lo soluciona con frecuencia merced a una especie de combinación o mixtura: la medicina oficial o “científica” complementada con las llamadas medicinas alternativas, acientíficas pero en contrapartida más humanas.

6. Posibles soluciones

Es preciso pensar, ya y sin demora, en soluciones. Estas pueden llegarnos de la mano de la Bioética. Un equipo multidisciplinar de expertos de varios países coordinados por Daniel Callahan concluye con la necesidad de poner límites a la medicina, fijar prioridades y objetivos, único modo de que aquella recobre su esencia y dignidad perdidas¹⁷. Ya no vale atender a los medios (mejorar la gestión, etc.). Hay que realizar una apuesta real (no solo de palabra) y sin reservas por la Atención Primaria, pues este es el ámbito donde prevalece la genuina relación médico-paciente sobre las tecnologías, donde se procura una medicina más humanizada, menos costosa y más efectiva. Su recurso más preciado, y del que ahora carece, es el tiempo, tiempo para una escucha

¹⁵ PORTER, *Breve historia de la medicina*, 121.

¹⁶ M. FOUCAULT, *La vida de hombres infames*, La Piqueta, Madrid 1990.

¹⁷ *Los fines de la medicina*. Cuadernos de la fundación Victor Grífols i Lucas, n. 11, Barcelona 2007, 76.

activa y empática, verdadera clave para aliviar el sufrimiento humano, producido muchas veces por la angustia y la preocupación ante la eventual pérdida de la salud. El médico sanador es, en primer lugar, el que tranquiliza a su paciente, no el que lo sobrecarga con el peso de diagnósticos y tratamientos. También es aquel que rebaja unas expectativas excesivas, ayudando a la persona a asumir su enfermedad cuando esta sea crónica, así como los autocuidados pertinentes. Y es también quien, llegado el caso, asiste en el bien morir. Supondría tropezar en la misma piedra, solo que cambiando de facultativo, facilitar al médico general toda la batería de pruebas diagnósticas disponibles, bajo el lema “aumentar la capacidad de resolución en la consulta y evitar derivaciones a especializada”.

Los actuales sistemas sanitarios son insostenibles económicamente. Urge que la sociedad en su conjunto se plantee cuál sea un paquete de servicios mínimos, de cobertura universal y provisión pública; atendiendo prioritariamente a los grupos más vulnerables (niños, ancianos dependientes, enfermos mentales crónicos), y con unos objetivos claros, como la reducción de las muertes prematuras evitables, el desarrollo de los cuidados paliativos y la mejora en la calidad de vida de los enfermos crónicos.

Es necesaria una adecuada evaluación de las tecnologías sanitarias con el fin de frenar su actual expansión injustificada. Previamente a la introducción de cualquier innovación debe realizarse un concienzudo análisis de costes y beneficios.

El actual financiador de la investigación médica, la industria, debería ser sustituido por el Estado, representante legítimo de los intereses de la sociedad, y reorientar sus objetivos, con un aumento de la inversión en Epidemiología y Salud Pública¹⁸. Un trabajo mundial para determinar los factores sociales del enfermar sería tan oportuno como el mapeo del genoma humano. Solo un 5% del gasto mundial en investigación se dedica a las necesidades de salud en los países en desarrollo, que sufren el 93% de la mortalidad prematura. Corregir este desequilibrio flagrante es una cuestión de justicia.

Por último, los estudiantes de medicina deben entrar pronto en contacto con los enfermos, así como familiarizarse con las humanidades médicas (técnicas comunicativas, ética, historia, filosofía y antropología médicas)¹⁹. ■

¹⁸ *Los fines de la medicina*, 72.

¹⁹ *Los fines de la medicina*, 65.