

La sociedad ante el médico

[Publicado como “La sociedad ante el médico”, en Educación médica internacional, Volumen 10, suplemento 2, Diciembre de 2007, pp. 7-13.]

Una de las cosas que puede decirse con claridad de la sociedad española contemporánea es que ha mutado muchas de sus creencias tradicionales. En virtud de este cambio, la actitud social frente a ciertas instituciones se ha convertido en su antítesis. Organizaciones que aparecían aureoladas por la admiración y la respetabilidad han cedido gran parte de su prestigio que, conforme a una especie de ley que establece la cantidad de prestigio disponible, ha ido a parar a nuevos protagonistas, por ejemplo a las llamadas ONG. Me parece que con el médico ha pasado algo de ese estilo. La sociedad contemporánea ha perdido el tipo de respeto que se procuraba al médico de una manera casi ancestral.

El caso de la medicina puede considerarse también de otro modo: los médicos son cosa del pasado, han desaparecido y, en su lugar, ha aparecido la *sanidad*, una especie de organización que se ocupa no tanto de problemas personales como de un bien público de dimensiones muy abstractas, de la *salud* y que, por tanto, se ve sometida por muchísimas razones a diversas formas de cuestionamiento, al debate político, a campañas de imagen, al juicio informal y voluble de la opinión pública, al inagotable anecdotario que conforman las leyendas urbanas.

Dejando constancia de la complejidad del tema, mis reflexiones se van a referir a la imagen del médico en nuestra sociedad. Es un asunto empírico pero que puede tratarse también desde ciertos presupuestos teóricos y que, en cualquier caso, requeriría una reflexión más amplia que la que aquí se va a apuntar.

Es, desde luego, muy significativo que hablemos de médico y sociedad y no, como era corriente hasta hace bien poco, de médico y enfermo. La relación personal entre ambos sigue existiendo, pero está gravemente limitada. El médico puede seguir creyendo en su papel personal (tiene que hacerlo, sin duda) y el enfermo ha de creer firmemente en la singularidad de su caso, pero, sin embargo, los fugaces encuentros entre ambos están ferozmente mediatizados. Exagerando un poco la imagen cabría ver la relación médico-enfermo como la de un *breve encuentro* (que es el tema de la clásica película

de David Lean¹) en el que, tanto el médico como el enfermo han de abstenerse de profundizar con exceso en sus relaciones. Esta relación dejó de ser personal hace ya tiempo: el médico se convierte en un profesional que hace su trabajo y se va y el enfermo en un paciente, un cliente o una pieza del sistema sanitario, lo que también ocurre con el médico o, como tiende a decirse ahora, con los profesionales de la sanidad. El sistema procura satisfacer a sus usuarios (que son quienes, en último término, lo financian aunque no siempre tengan conciencia de ello) de múltiples maneras pero le priva, desde luego, de cualquier relación seria y estable con *su* médico.

Los médicos han pasado a estar disponibles para las personas únicamente a través de un complejo sistema legal y administrativo, a través de un servicio profesional idealmente anónimo que, necesariamente, tiene que legitimarse en algo enteramente ajeno a la calidad personal de los médicos que para él trabajan. La sanidad funda su legitimidad en una doble fuente: el prestigio de la ciencia y la tecnología de la que se nutre y el peso de la legislación. Vivimos, sin embargo, en una época en la que ni el prestigio de la ciencia es el que fue corriente durante la primera mitad del pasado siglo, ni, al menos entre nosotros, el ordenamiento legal conserva el aura de dignidad y respetabilidad que idealmente le convendría. La ley, especialmente en sus escalones más cercanos al público, ha pasado de ser la expresión de un orden ideal a ser un reflejo pasajero de la situación del mercado político, algo que siempre puede alterarse si se hace suficiente ruido.

No se trata de un panorama que pueda facilitar el sosiego en una actividad en que, como sucede en la medicina, al final se pone en juego el ser o no ser de la vida de cada cual. La relación personal con el médico es, en todo caso, algo casual e inestable y en permanente riesgo de desaparición. En realidad ni siquiera los que tienen un amigo médico tienen un médico enteramente a su disposición porque, muy juiciosamente, el médico tratará de no suplir con amistad una profesionalidad que entenderá le falta.

El fenómeno tiene muchas causas y es, a mi entender, enteramente irreversible. Según Roy Porter² el enfermo fue sustituido por el paciente ya en 1800, a medida que se fue implantando el modelo de medicina científica que hoy es corriente. La despersonalización del médico ha sido paralela a la del enfermo y ha traído consigo toda una transformación de los usos y los

¹ *Brief Encounter* es una película inglesa de 1945 que nos cuenta la historia de un fugaz episodio amoroso entre un hombre (Trevor Howard) y una mujer (Celia Johnson) que pasan por unos momentos de ser anónimos pasajeros que comparten un tren a tratarse como personas y a enamorarse. La mujer está casada y finalmente renuncia al atractivo adulterio que la atrae pero le complica la vida. El guión de la película es del dramaturgo Noel Coward y en la banda musical juega un papel muy emotivo el segundo concierto para piano y orquesta de Sergio Rachmaninoff. Se han hecho otras versiones de esta historia básica.

² Porter R., *The Greatest Benefit to Mankind*, New York: Norton & Company, 1998, p. 668.

lenguajes propios de esa relación. Es bastante llamativo, por ejemplo, que se haya normalizado completamente esa especie de metonimia por la que prescindimos del término “enfermedad” para hablar de “patologías” o que llamemos ambulatorio a la consulta. Ambos usos muestran el sesgo deshumanizado³, anónimo y fríamente institucional que afecta a la medicina de hoy.

Esta situación ha tomado carta de naturaleza en casi todo el mundo occidental, lo mismo en Europa que en los Estados Unidos, aproximadamente desde finales de la Segunda Guerra Mundial. Según Friedman⁴, la organización de la sanidad se ha caracterizado por tres rasgos fundamentales: el rápido avance de la ciencia médica, el gran aumento del gasto y la insatisfacción creciente tanto por parte de los enfermos como de los médicos y otros proveedores.

El médico es hoy “una pieza del sistema sanitario”, una situación que, en mi opinión, es difícil corregir piadosamente a base de calidad humana y buenas dotes de gestión como suele recomendarse en las pragmáticas al uso. Sin embargo, para cada paciente es el médico, o los médicos, quienes son la referencia inmediata en la que residenciar sus frustraciones y, más raramente, sus gozos.

La conversión de la salud en un bien público, en algo que es habitualmente objeto de ofertas electorales competitivas, se debe, seguramente, a la percepción social de que algo marcha mal en el sistema, por ejemplo, las listas de espera, la masificación y la rutinización de la asistencia, los errores médicos, supuestos o reales, pero que siempre se computan de forma mucho más notoria que los aciertos, etc. Sin embargo, cabe dudar de que se pueda lograr una satisfacción pública completa de esta clase de demandas que funcionan como una especie de inagotable profecía que se cumple. Es evidente que el crecimiento cuantitativo de la atención sanitaria no ha atenuado en ninguna parte la demanda. Hay ansiedad ante la salud. Como dice Roy Porter⁵, “These are strange times, when we are healthier than ever but more anxious about our health. According to all the standard benchmarks, we’ve never had it so healthy.”

La paradoja se complica porque, además, crece la confianza pública en el sistema sanitario, tal vez porque mucha gente vive de él y mucha gente cree

³ José Luis Puerta subraya que gracias al acercamiento (objetivo) al paciente que se introdujo con la generalización del estetoscopio de Laënnec se plantó la semilla de la deshumanización de la medicina porque al médico le fue interesando menos lo que decía su paciente que lo que le decían sus instrumentos. Véase su “Introducción” a la edición española del libro de Mathews JR., *La búsqueda de la certeza y la cuantificación en medicina*, Madrid: Triacastela, 2007, p 9-37.

⁴ Friedman M. Cómo curar la sanidad. *Ars Medica*. Revista de Humanidades Médicas 2003;1:80-112.

⁵ Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind*, New York: Norton & Company, 1998, p. 3.

vivir mejor gracias a él. En España este grado de cuestionamiento del servicio es aun relativamente pequeño: sólo un 13 por ciento de pacientes manifiestan haber tenido un motivo de reclamación según las últimas encuestas del CIS que he podido consultar, de manera que, casi inevitablemente, los fallos y las frustraciones se dirigen hacia el personal, hacia el médico. Pasa con esto como ocurre con los accidentes de ferrocarril: si el maquinista ha muerto existen grandes probabilidades de que sea el culpable. El riesgo de errores es, además de una posibilidad humana omnipresente, un ingrediente de cualquier sistema complejo y el sanitario lo es, sin duda. Hay errores de los que *nadie*⁶ es responsable pero el paciente y los suyos les ponen siempre una cara determinada.

El paciente tiene que operar con información siempre insuficiente y se ve forzado a la confianza, lo que le legitima para la demanda de responsabilidades, una exigencia frente a la que, muy frecuentemente, la clase médica tiende a reaccionar de modo corporativo⁷.

Es muy difícil que la confianza forzada prevalezca contra el miedo si no se cumplen una serie de condiciones en la relación del enfermo con el médico, con la cara humana del sistema sanitario. Esa tensión es muy favorable a la formulación de quejas sin ninguna validez, digamos, teórica, pero que, en cualquier caso, expresan un malestar real.

No trataré aquí de pormenorizar o cuantificar las demandas efectivas hacia los médicos y hacia el sistema en el que ejercen su profesión, sino que haré unas consideraciones de carácter más general, independientemente de su relevancia social.

El sistema sanitario ejerce un determinado tipo de poder y puede tener la tendencia a ser un sistema autárquico. La razón es simple: su legitimidad deriva, en último término de un saber y, como tal, de una cierta libertad de conciencia. El médico tiende a pensar que él es quien sabe y que a nadie tiene que dar respuestas. Pero el hecho es que la medicina no es solo un saber académico sino una práctica social en la que tanto como el saber del médico cuentan un buen número de realidades de distinto tipo.

Si el sistema se configura por ley debe estar sometido a la ley y, por tanto, a la tutela de los jueces. Los médicos no deberían tener la capacidad de negar un

⁶ Esta idea choca fuertemente con el imaginario de quienes piensan que los sistemas son siempre más perfectos y competentes que las personas, de quienes todavía creen que si no existe una sociedad enteramente ideal es porque algunos malvados (bastante numerosos, por cierto) así lo impiden.

⁷ Siempre es delicado reprochar el corporativismo a los demás, aunque uno de los indicadores que permiten sospechar la efectividad de esa clase de vicio colectivo es el empeño habitual de los afectados en negar la verosimilitud de tal tipo de prácticas entre los suyos.

“suplicatorio” en el caso en el que se reclamase. En una sociedad liberal, las ideas sobre la salud, la higiene, la felicidad y la seguridad tienen una fuerte dependencia de la opinión pública y no pueden ser codificadas únicamente por una corporación profesional.

La enorme dimensión económica y política del sistema sanitario lo sitúan en el centro de una serie de tensiones (batallas de imagen, intereses comerciales, objetivos políticos) a los que nadie puede, de hecho sustraerse. Los médicos pueden tener la razonable tentación de comportarse respecto a esas tensiones como algo ajeno a su oficio, pero el hecho es que su oficio no puede desentenderse de tales tensiones y habría que preguntarse si sería necesario complementar la ya de suyo compleja formación de los médicos de manera que puedan tener los instrumentos conceptuales necesarios para afrontar esa clase de problemas que, desde luego, apenas existieron para los médicos de generaciones anteriores.

En mi opinión, los médicos no reciben, a día de hoy, la formación suficiente para conocer los problemas que afectan al conjunto de fundamentos que configuran la práctica de su profesión. Si las “Humanidades médicas” fueron en algún momento una especie de florón, creo que hoy son estrictamente necesarias para el joven médico en formación.

En lo que sigue haré una somera enumeración de algunos de esos problemas para hacer justicia al título de estas líneas.

Para empezar, aunque no sean enteramente conscientes, los enfermos (y seguramente los médicos mismos en alguna medida) padecen una cierta disonancia entre varias figuras incompatibles del médico y, por extensión, del sistema sanitario en su conjunto. En primer lugar, el médico conserva siempre algo de “chaman”, de sacerdote que administra un bien sagrado, la vida y la muerte. Esa actitud es la que funda el respeto último ante el médico y la que más facilita el llamado “paternalismo médico”.

Pero, además de esa figura casi sagrada, el médico es, en segundo lugar, un experto, un científico y goza por ello, aunque la respetabilidad de la ciencia no pase ahora por uno de sus mejores momentos, de una autoridad profesional específica, del mismo tipo que la que posee un arquitecto o un ingeniero. Muy especialmente el médico aparece ante nosotros como una persona parapetada tras instrumentos y tecnologías y, por tanto, tras unos ritos y unas burocracias en las que el enfermo se puede perder y muchas veces se pierde. Hay que hacer notar, sin embargo, que, como indica J. Rosser Mathews⁸, no es fácil decir ahora de dónde derivan las credenciales científicas de la medicina (de las

⁸ Mathews JR., *La búsqueda de la certeza y la cuantificación en medicina*, Madrid, Triacastela, 2007, p. 270.

ciencias naturales o de la estadística) ni de dónde emana su autoridad (de la competencia profesional o de las regulaciones sanitarias, del poder civil, por tanto). Esta clase de dudas no responden en exclusiva a la insensatez de intelectuales dispuestos a cuestionar todo lo que parezca respetable, sino que se reflejan de hecho en la conducta de las personas por escasamente ilustradas que resulten ser.

En tercer lugar, el médico es también una autoridad pública, un tipo de funcionario con determinados poderes sobre nuestro régimen de vida. El médico no solo se las ve con nuestro cuerpo, sino con nuestra libertad, con nuestra vida, y lo hace no solo como un científico o como consejero espiritual que nos dice lo que hemos de hacer si queremos evitar el dolor y la muerte, sino como una autoridad que nos puede impedir el trabajo o, más frecuentemente, obligarnos a volver al trabajo cuando todavía no nos sentimos bien, por ejemplo.

En las sociedades de capitalismo avanzado en las que la subsistencia está resuelta sin problemas, las ofertas del mercado tienden a crecer de manera indefinida y pueden llegar a convertirse para algunos en una auténtica obsesión que ha recibido toda clase de críticas, no siempre atinadas, de los moralistas y de numerosas gentes convencidas, al menos en teoría, de que el verdadero humanismo solo se puede cultivar en un panorama de auténtica escasez. Frente a la explosión de la oferta, la medicina no se ha quedado al margen del mercado y ha logrado incorporarse como una más de las ofertas disponibles en el mercado del *body-building*.

La permanente crisis de crecimiento de los sistemas sanitarios ha facilitado también ese proceso de conversión de la medicina, sobre todo en algunos sectores, en otro bien de consumo, un tema que ha estudiado muy bien José Luis Puerta⁹. Desde esta perspectiva el médico se ve como un proveedor, como un asesor o como un consultor, como alguien a quien se encargan determinados análisis sobre la base de decisiones que toma el paciente en uso de su autonomía como consumidor.

El médico es pues, a un tiempo, un chamán, un funcionario, un científico, un profesional y un consultor o asesor del consumo sanitario. Esta suerte de disonancias son difícilmente remediadas tanto porque responden a factores estructurales como por reflejar imágenes que se forjan desde determinadas corrientes de opinión, muy extensas y fuertes, que configuran el conjunto de factores y valores que dan consistencia a las creencias y las expectativas dominantes en la sociedad contemporánea.

⁹ Puerta JL., “El verdadero debate”, *Ars Medica. Revista de Humanidades*, 2005;4:181-184.

Provisto de esa panoplia de expectativas, es muy difícil que el enfermo (“enfermo” es el lenguaje de los pacientes cuando se refieren a sí mismos) no resulte frustrado por unas u otras razones en sus fugaces contactos con el médico de turno.

La forma habitual de practicar la medicina difícilmente acierta a suavizar los contornos más ásperos de este panorama. Se practica, especialmente en la medicina hospitalaria, una medicina atomística, tecnológica y ritualista que se olvida de la expectativa que, al menos de un modo ideal, tiene el enfermo, saber qué le pasa y cómo se arregla para superarlo con el conjunto de su vida y no con un mero análisis local. El enfermo quiere saber, no solo curarse, comprender lo que le pasa y participar en las decisiones que debería tomar para curarse. Con frecuencia los médicos se refugian en una especie de secreto del sumario que es descorazonador.

Los médicos constituyen una corporación que tiende a defenderse con privilegios comprensibles pero probablemente desmesurados. Tienen la capacidad de definir la salud y de establecer un régimen de prohibiciones y mandatos que no está claro que puedan ser compatibles con la autonomía personal, de modo que podríamos decir, parodiando un anuncio casi orwelliano de la Dirección general de tráfico que *los médicos sí pueden conducir por nosotros*. Sus recomendaciones se inmiscuyen en la vida privada y en la moral personal con el pretexto de que la enfermedad no es un peligro ajeno al sujeto sino un rasgo de ciertos tipos de vida

Por si fuera poco lo anterior, los médicos están también expuestos al impacto de las modas y han de competir con una gran multitud de saberes informales y de consejos sobre toda clase de dietas y de factores de riesgo que los periódicos diarios e Internet (en especial a través de las empresas farmacéuticas) ponen a disposición del público. El enfermo ya no acude a la consulta por tener una enfermedad sino también por tener unas “informaciones”.

Esta atmósfera favorece, inevitablemente, un cierto mercado del prestigio entre los distintos servicios y hospitales que, como los médicos saben mejor que nadie, suele estar desprovisto de fundamentos serios. La experiencia de recurrir a segundas opiniones es, con mucha frecuencia, intolerablemente melancólica. Tengo una amiga, para su suerte de mucho dinero, con una dolencia crónica y, al parecer grave, de espalda. Tiene que elegir entre cuatro pautas, al menos, de intervención según, por simplificar, siga el consejo de un neurólogo o de un traumatólogo y según estos sean suizos o españoles. Es evidente que la especialización creciente no ayuda precisamente, contra lo que se podría pensar, a sostener una imagen ingenua de la objetividad de los

diagnósticos; de hecho, como reconoce J. Rosser Mathews¹⁰, “la cuestión acerca de qué constituye la “objetividad” o la “ciencia” dentro de la medicina nunca ha sido tan controvertida”.

La tendencia expansiva de los sistemas sanitarios, de la medicina preventiva, de la educación sanitaria, recuerdan la definición de Churchill de la salud: “un estado intermedio entre dos enfermedades peligrosas y que, además, no presagia nada bueno”. Sea por razones políticas y de opinión, sea por interés de mercado, el hecho es que, como ha escrito Beck¹¹, la práctica de la medicina “crea un inagotable deseo de medicina. Es, pues, una profesión que provoca una constante expansión del mercado y de servicios médicos”.

La mentalidad científico tecnológica y las irresponsables promesas de científicos insensatos y manipuladores han hecho concebir a la gente la creencia de que tienen derecho a una curación, de que hay una solución única para su problema y que es obligación del sistema facilitarla. Esto favorece el aumento casi imparable de la medicalización, que se ve favorecido, además, por la tendencia a convertir la medicina en un ámbito más del consumo. Esta situación crea una relación de dependencia que tiende a cronificarse y que favorece la aparición de una relación de amor-odio entre el médico y el paciente que es un caldo de crecimiento para toda clase de frustraciones, una relación que, además, contribuye a saturar el sistema, del mismo modo que también lo satura la forma de controlar el gasto sanitario por el procedimiento de imponer la visita al médico para que reitere la receta.

¹⁰ Mathews JR., *La búsqueda de la certeza y la cuantificación en medicina*, Madrid, Triacastela, 2007, p. 279.

¹¹ Beck U., *La sociedad del riesgo*, Barcelona, Paidós, 1986, p. 266.

La frustración con las prestaciones encuentra una explicación sistemática de raíz económica en lo que Milton Friedman¹² llama ley de Gammon, una ley empírica que establece que el aumento de los gastos del sistema se ve siempre acompañado de una caída en la producción, de una merma de la eficacia del sistema en su conjunto.

En sentido, en cierto modo, contrario podemos encontrarnos con situaciones en que los pacientes se pueden ver desatendidos por razones que nada tienen que ver con sus intereses ni con sus expectativas. La medicina más avanzada corre el peligro de practicar una selección negativa de los simples pacientes a favor de los pacientes interesantes. La medicina paliativa, por su parte, puede incurrir en malas prácticas indefendibles y peligrosas.

No menos significativo resultan algunas de las medidas que toman las distintas administraciones en su política de contención de gastos. Dworkin¹³ señala cómo en algunos de los estados de EEUU “se permite a los enfermeros y a otros profesionales sanitarios visitar a pacientes y prescribir tratamiento sin consultar con un médico. La supervisión, cuando existe, es una mera formalidad. La medicina gestionada ha fomentado esta tendencia por razones obvias: los no médicos ejecutarán una determinada tarea por menos dinero”.

En esta atmósfera de recorte de gastos, de expectativas crecientes y de frustraciones sin remedio tenderán a crecer, aunque entre nosotros sean aún muy escasos, los litigios con los médicos y/o con el sistema. Tanto por estimar una desatención, como por imputar un error cualquiera en el tratamiento cuando la terapia no alcanza a satisfacer a los enfermos, estos tenderán a creer que se les ha privado de un derecho y acudirán a profesionales que, deseosos de ayudarles, no tardarán en descubrir un filón en esta clase inevitable de crisis. Es muy fácil que ante este tipo de temores se practique los profesionales llaman una *medicina defensiva*, que se cura en salud (por emplear la clásica expresión castellana) y promueve innecesariamente pruebas diagnósticas, hospitalización o tratamientos innecesarios de todo punto, lo que no resuelve nada y alimenta el círculo vicioso en que se fundan los temores de los que supuestamente se defienden los médicos.

La gente tiende a pensar, debido a la persistente propaganda sobre el progreso científico y sobre sus aplicaciones a la salud, que es casi inconcebible la subsistencia de enfermedades crónicas e incurables o de determinadas carencias, de manera que, mediante un efecto seguramente perverso, crece la

¹² Friedman M. Cómo curar la sanidad. *Ars Medica*. Revista de Humanidades Médicas 2003;1:80-112. El trabajo de Friedman proporciona datos abundantes para comprender cómo funciona la economía de la salud cuando se burocratiza, y aparece un tercer protagonista que se encarga de organizar y financiar la relación entre enfermos y médicos, independientemente de que se trate de un sistema de gestión público como en Europa o privado como en los Estados Unidos.

¹³ Dworkin RW., La revolución cultural en la asistencia sanitaria. *Ars Medica*. Revista de Humanidades Médicas 2002; 1:11-23.

atmósfera de politización que rodea al sistema sanitario en la misma medida en que se alimentan artificialmente sus expectativas.

Un dato muy relevante para medir el nivel de insatisfacción con lo que a veces se llama ya la medicina tradicional es el recurso creciente a las terapias alternativas: Según Porter¹⁴, en 1990 los norteamericanos hicieron 425 millones de visitas a sanadores diversos frente a los 388 millones de visitas a los médicos.

Se mire por donde se mire, los dos factores que han modificado de manera decisiva la práctica de la medicina han sido la tecnologización y la socialización. Ambos contienen, por así decir, un gen paradójico que desencadena efectos contrarios a su intención y, al tiempo, intratables mediante sucesivas aplicaciones de la práctica que los ha producido.

Aunque, al menos en mi opinión, la reflexión sobre el ser y el sentido de la tecnología invita a una confesión de realismo¹⁵, y, por tanto, de humildad intelectual, la promoción del consumo de tecnologías ha funcionado, desde un punto de vista mercantil, sobre todo como una especie de catalizador del deseo. Desde esta perspectiva cargada con un componente fuertemente emocional, no hay realidad que valga, solo hay posibilidades que se deben poner al servicio de los deseos.

En el caso de la medicina, el deseo se ha convertido en una demanda inagotable de salud y de perfección, en el propósito inconfesado de no envejecer e, incluso, de no morir, resultados que están todavía muy lejos de nuestras posibilidades, por decirlo de manera suave.

Por su parte, la socialización ha venido a dar dado un soporte legal a ese deseo de salud: en su virtud, la salud ya no es solo un bien, es también un derecho. Como sabemos, esta idea implica toda una pretensión de corregir la naturaleza con sus desigualdades y sus carencias y de diseñar un cuerpo y un espíritu conforme a las demandas del sujeto que los reclama. La socialización amplifica enormemente el rango de las demandas que la imaginación es capaz de encomendar al progreso indefinido de la ciencia y la tecnología. Con enorme frecuencia el pagano de toda esa frustración de fondo es el médico que tan solo puede hacer muy poco en relación con lo que el imaginario social le demanda y le atribuye.

¹⁴ Porter R., *The Greatest Benefit to Mankind*, New York, Norton & Company, 1998, p. 668.

¹⁵ Puede verse al respecto José Luis González Quirós, "Lo que la tecnología da que pensar" en: González Quirós JL (Ed.), *El buscador de oro. Identidad en la nueva sociedad*, Madrid, Lengua de trapo, 2002, pp. 199-234.

La idea actual de salud se adapta muy bien a la idea de la vida como biografía aunque se pueda formular también en términos de vida como proceso natural, pero esa visión de la salud como ideal implica un rediseño del cuerpo y una reconstrucción permanente de lo que está sometido al deterioro natural a manos del tiempo. Las promesas de brick-construcción de un yo tecnológico y de mercado son características de una cultura que no parte de una primacía de lo real en cuanto algo dado, sino que se adscribe, por el contrario, al ser que cada cual siente o cree, a lo que cada uno quiere ser, y que confiere una entera prioridad al ser que uno siente ser, sobre algo que, a lo sumo, se tomaría como un mero dato biológico (elección de sexo distinto al genético, madres sin padre, etc.). Esta prioridad está hecha de una mezcla de motivos contradictorios, de ciencia y tecnología de mercado a elección y de anomia absoluta.

Todo esto nos lleva a una última consideración que, a su vez, es un tanto paradójica. La medicina es demasiado importante como para quedar solo en manos de los médicos. Nadie debería sentirse molesto por servir en un campo tan minado. Pasa lo mismo con la política o la guerra. Me parece evidente que una de las necesidades formativas del médico de mañana es comprender que su papel no está definido de un modo tan simple como le puedan dar a entender las tradiciones profesionales más o menos informales. Por curioso que pueda resultar habría que decir que para ser un buen médico habrá que parecerlo, además de serlo, habrá que reconocer la complejidad de las demandas sociales que tienden a ocultarse arteramente tras la apariencia del enfermo singular, para poder acertar a darle el remedio que es indisociable de la vocación del médico, la curación, la desaparición o la atenuación de su dolor.

Estamos de hecho ante una auténtica redefinición de la función del médico. Hace ya más de veinte años que lo advirtió Roy Porter¹⁶: “Yet as those expectations become unlimited, they are unfulfillable: medicine will have to redefine its limits even as it extends its capacities”. Las causas profundas de todo esto no se pueden reducir a un problema que afecte solo a la medicina o a los médicos, puesto que 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.

¿Qué se puede hacer? Hay que esmerarse en buscar razones para la esperanza y políticas acertadas, pero, sobre todo, habría que tener claro que practicar la política del avestruz constituye un error muy grueso. Sin embargo, no hay que

¹⁶ Porter R., *The Greatest Benefit to Mankind*, New York, Norton & Company, 1998, p.718.

olvidar que se trata de un mal general y da que pensar que no se observen con claridad progresos significativos mientras siguen apareciendo nuevos rasgos que invitan al desánimo. Tal vez no sea prudente estar de acuerdo con un análisis tan pesimista como el de Dworkin¹⁷, pero, por si acaso, este es su diagnóstico: “Los expertos en políticas sanitarias y los gerentes han contribuido a la aparición de una revolución cultural en el ámbito de la asistencia sanitaria, y actualmente no parece que ninguno de nosotros pueda hacer mucho más que observar y esperar”.

José Luis González Quirós
Instituto de Filosofía, CSIC, Madrid
jlgonzalezquiros@gmail.com
<http://jlgonzalezquiros.es/>

¹⁷ Dworkin RW. La revolución cultural en la asistencia sanitaria. *Ars Medica. Revista de Humanidades Médicas* 2002;1:11-23.