

A medio siglo de *La estructura de las revoluciones científicas* de T.S. Kuhn. Retos de la medicina actual. Debates y tensiones

Alberto Lifshitz

Muchos son, por supuesto, los retos que enfrenta la medicina contemporánea, pero el propósito de este escrito no es sólo presentar un catálogo de ellos porque siempre será incompleto. A 50 años del libro de Kuhn,¹ conviene, entonces, ilustrar los debates y tensiones que pueden ser vistos como umbrales de cambios paradigmáticos. Se presentan como pares de tendencias, no necesariamente antagónicas pero sí con visiones distintas, sin que se pretenda tomar partido por algún elemento de cada par. La propuesta final es que son visiones complementarias más que suplementarias, aunque conviene distinguirlas con base en sus características principales.

Abordaje genérico y abordaje individualizado

Las tensiones entre la salud pública y la salud individual ilustran una cierta contradicción entre la visión colectiva que recuenta semejanzas y soslaya diferencias, con la que se centra en la persona y la percibe como única e irrepetible. Por una parte, los abordajes que se sustentan en lo que a las mayorías conviene y, por el otro, en las excepciones y peculiaridades de cada paciente. Las guías, normas, protocolos que aspiran a tener logros en la mayor parte de los casos y a evitar las amplias variaciones que se observan en la práctica, tendrían que armonizar con la propuesta proveniente de la farmacogenómica (aunque no se agota en ella) de medicina personalizada, a la medida de cada individuo. El viejo aforismo de que “no hay enfermedades sino enfermos”, enlaza con la visión alternativa entre enfermedad y padecimiento, la primera como constructo, operativo y didáctico y, el segundo, como la realidad percibida por el enfermo. Antonio Machado decía: “por más vueltas que le doy no hallo la manera de sumar individuos”. Estas posturas se concilian al identificar las

propuestas basadas en grupos de individuos como recomendaciones y guías, de ninguna manera prescriptivas, que exigen el conocimiento profundo de la persona en la que se pretenden aplicar para identificar si ello es posible o se necesita apelar a la flexibilidad que la condición individual requiere.

Tratamiento etiológico y tratamiento antisintomático

La recomendación genérica de aspirar a atender las causas y combatirlas, enfrenta con frecuencia la realidad de no poder conocer las causas, de que estas son múltiples, y que muchas veces son inaccesibles terapéuticamente. Se corre el riesgo de que, por atender las causas, se soslayan los sufrimientos, en tanto que la responsabilidad del médico es curar y prevenir enfermedades pero también reducir los sufrimientos. Con la medicina paliativa se reivindica el tratamiento antisintomático, lo que no descalifica al etiológico pero justifica que no siempre sea viable ofrecerlo. Además, lo etiológico supone que las enfermedades tienen una causa y que atacarla implica la desaparición del mal, pero dado que todas las enfermedades son multicausales, no cabe más el pensamiento lineal y tiene que referirse al proceder complejo según el cual también los remedios son múltiples, a veces sucesivos otras simultáneos, cíclicos, secuenciales o combinados.

En el mismo terreno cabe la distinción entre curación natural y práctica heroica. La mayor parte de los médicos se ubica entre ambos extremos: quienes consideran que hay que intervenir lo menos posible para dejar actuar a las fuerzas de la naturaleza, las que suponen benéficas, y quienes consideran que su deber es salvar la vida aunque con ello se genere más sufrimiento. La ubicación de los profesionales más cerca de cada uno de estas fronteras tiene que ver con cuestiones axiológicas y con la visión que tengan de los propósitos de la medicina.

Enfermedad y padecimiento

Aunque estos términos se llegan a utilizar como intercambiables, lo cierto es que representan ideas distintas. Mientras que la enfermedad es un constructo que tiene propósitos taxonómicos operativos y didácticos, el padecimiento refleja la realidad del paciente. Aquella se ubica en los libros y catálogos y éste en el sufrimiento del enfermo. Es verdad que la comparación entre lo que el paciente efectivamente tiene y lo que dicen los libros permite un diagnóstico nosológico por analogía, que consiste en ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del enfermo. La existencia de la enfermedad en el sentido ontológico es cuestionable, mientras que el padecimiento representa la realidad sensible.

La clínica y la tecnología

La habilidad clínica ha caracterizado al médico de todos los tiempos. La capacidad de recolectar información a partir del paciente, procesarla, jerarquizarla y manejarla como datos para un razonamiento diagnóstico constituye una cualidad arquetípica del médico clínico. Ésta se ha visto enriquecida por la tecnología diagnóstica moderna que permite abordajes inusitados, pero tiende a suplantar los esfuerzos por utilizar los procedimientos tradicionales. En la medida en que éstos se vuelven obsoletos, la sustitución se puede justificar, pero utilizar como suplementario lo que es verdaderamente complementario propicia la marginación y la atrofia de la clínica tradicional.

Respeto por la ciencia y respeto por el paciente

Si bien los sujetos de esta falsa dicotomía tienen una naturaleza muy diferente, el dilema se presenta en la práctica de los clínicos investigadores. Para el clínico lo importante es resolver los problemas del paciente aunque para ello se utilicen estrategias no siempre apegadas a la ciencia; para el investigador se trata de aplicar estrictamente el protocolo con independencia de que se provoquen más o menos molestias e incomodidades a los pacientes. La medicina clínica sigue utilizando instrumentos empíricos, mágicos, sustentados en la confianza y la esperanza. Esto no significa negar o menospreciar la aportación de la ciencia que ha sido inconmensurable, pero le toca al clínico contemporáneo jerarquizar en función del beneficio para el enfermo.

Autonomía y paternalismo

La tradición ubica al médico como el que resuelve los problemas de salud del paciente. Históricamente, sin embargo, lo ha hecho con frecuencia sin escuchar la opinión de este último porque no le ha concedido competencia para ellos. Con base en el principio de beneficencia, el médico ha tomado decisiones a favor del paciente pero sin consultarlo: “todo por el paciente pero sin el paciente”. No obstante, en los últimos tiempos, los pacientes han ido adquiriendo consciencia de sus derechos y exigen no sólo expresar su opinión sino que ésta se respete. Al reconocerse el derecho de los pacientes a participar en las decisiones que les conciernen, se consagra el principio de autonomía que algunos ubican jerárquicamente por encima del de beneficencia. En todo caso, al médico le queda el dilema de respetar lo que el paciente decida, aunque ello lo dañe, o promover lo que le hace bien al enfermo aunque éste no esté de acuerdo. Este es un dilema no resuelto y que ha tendido a orientarse a favor de la beneficencia.

Profundidad y extensión: especialización y desespecialización

La sociedad necesita de quien tenga la capacidad de penetrar en la profundidad pero, también, de quien la tenga de ver el conjunto. La especialización tiene que promover el avance del conocimiento a través de la investigación e innovación, pero los pacientes también necesitan de quien los pueda ver como organismos completos, inclusive en sus esferas psicológica y social. El reduccionismo ha permitido el avance de la ciencia, pero tiene el riesgo de olvidar el todo por concentrarse en la parte. Este debate ha desembocado, hoy en día, en el de confrontar la medicina generalista con la multiespecialista en la que un paciente es atendido simultánea o sucesivamente por varios especialistas sin que nadie mantenga la responsabilidad primaria, con lo que se generan actividades contradictorias, superfluas o repetidas.

Racionamiento utilitario y racionamiento humanista

Dado que los recursos para la salud no alcanzan para todos, es necesario racionarlos. Los criterios del racionamiento son muy variados (económicos, prioridad en la demanda, burocráticos, equitativos), pero en la práctica tienden a ubicarse entre los utilitarios y los humanistas. En los primeros el racionamiento se sustenta en la utilidad social de la decisión, lo cual resulta a todas luces conveniente, mientras no signifique clasificar a las personas según su

utilidad de manera que unos valen más que otros. Este criterio es el que se aplica hoy en día en los hospitales en los que los órganos para trasplante y las camas de cuidados intensivos se otorgan a los individuos más valiosos. El otro punto de vista considera a las personas igualmente valiosas por el solo hecho de ser personas y, acaso, se aplican otros criterios para la racionamiento.

Enfermedad única y “comorbilidad”, medicamento único y polifarmacia

Las enfermedades se suelen estudiar y enfocar una por una, pero la situación que se observa cada vez con mayor frecuencia es que varias enfermedades se asocian en un solo individuo por lo que se ha acuñado el término “comorbilidad”. La importancia mayor deriva de que no se trata de una suma aritmética sino que las influencias de una enfermedad sobre la otra son innumerables y resulta un producto diferente. Algo similar puede decirse de la “polifarmacia” que es hoy también la regla más que la excepción, y no se trata tampoco de una suma aritmética de propiedades farmacológicas sino que las interacciones de los fármacos convierten a las combinaciones en resultados diferentes. Además, muchas enfermedades ya no pueden ser tratadas de una manera sencilla con un solo fármaco sino que requieren combinaciones y administraciones secuenciales o cíclicas.

Prevención-anticipación y curación-rehabilitación

La insistencia en la prevención viene estando en la agenda desde hace muchos años y se han tenido logros incuestionables en ese campo. Sin embargo, con el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas las medidas preventivas han resultado menos eficaces pues al sustentarse en la adopción de estilos de vida saludables, afectan necesariamente a las libertades. Muchas de las intervenciones son hoy en día tardías, cuando la enfermedad ha avanzado suficientemente como para no ser reversible o tan sólo para paliar algunas de sus consecuencias.

Enfermedad aguda y enfermedad crónica

Los médicos contemporáneos fuimos formados en el modelo de la enfermedad aguda en el que el paciente acude al médico porque tiene alguna molestia, éste le hace algo, el enfermo se deja hacer y la enfermedad se resuelve de algún modo. Pero hoy dominan las enfermedades crónicas, incurables, en las que la participación del paciente es más importante que la del

médico y no aplican las reglas en que fuimos formados. La prescripción es menos importante que la educación.

Autocuidado y cuidados subrogados

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que el recurso más importante para la salud es el autocuidado, lo que el paciente pueda hacer por sí mismo. En esto se incluyen medidas higiénicas y dietéticas, automedicación responsable, primeros auxilios y manejo de los síntomas. Los cuidados subrogados se dirigen a enfermedades de mayor complejidad en las que participa el médico y el equipo de salud.

Atención profesional y atención técnica

Varios de los problemas de salud pueden ser atendidos hoy en día por personal técnico, y los procesos formativos tienden ahora precisamente hacia ese tipo de personal: rehabilitación, radiodiagnóstico, laboratorio, atención pre-hospitalaria, inhaloterapia y otros se atienden por personal no profesional que apoya al profesional. Vale pensar que cada vez habrá más espacios para este tipo de personas.

Práctica científica y prácticas alternativas o complementarias

A nadie escapa que una proporción considerable de la sociedad confía más en las medicinas alternativas o complementarias que en la medicina científica. Las razones son diversas pero la satisfacción de las expectativas está entre ellas. La medicina científica no se preocupa tanto por lo que el paciente espera como por lo que la doctrina exige y muchas veces soslaya las preocupaciones de los enfermos por atender a las enfermedades.

CONCLUSIÓN

Dedicarse a la práctica clínica en la época contemporánea exige un espacio de meditación que pondere alternativas, elija la que conviene al paciente, amalgame propuestas, delimite espacios de acción y saque el mejor provecho posible. Ello requiere, además, suficiente sabiduría que eluda la simple obediencia de una regla o guía para ponderar secuencias y prioridades.

REFERENCIAS

1. Kuhn Ts. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. 1971