

## El fin de la medicina. Parte 2. La teleología médico-paciente

### *The end of medicine. Part 2. The physician-patient teleology*

Alberto Campos\*

\*Correspondencia: Dr. Alberto Campos  
E-mail: alberto\_campos@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-5811-1908>

#### Palabras clave:

Fin de la medicina, relación médico-paciente, conocimiento tácito, arte de la medicina, epistemología, filosofía de la medicina.

**Keywords:** End of medicine, physician-patient relationship, tacit knowledge, art of medicine, epistemology, philosophy of medicine.

#### RESUMEN

En este trabajo se discute el fin de la medicina desde la relación médico-paciente. Trata la noción de medicina como arte en la época clásica y las diferencias epistemológicas actuales entre arte y ciencia, los desacuerdos entre el fin o los fines de la medicina, tanto sociales como personales, la confusión entre aplicaciones médicas como medios o fines, las complicaciones que surgen de perspectivas opuestas y las dificultades que el médico enfrenta ante los deseos y exigencias del paciente.

#### ABSTRACT

*This work discusses the end of medicine from physician-patient relationship. It addresses the notion of medicine as art in the classical era and the current epistemological differences between art and science, the disagreements between the end or ends of medicine, both social and personal, the confusion between applications as means or ends, the complications arising from opposing perspectives and the difficulties the physician faces before the patient's desires and demands.*

#### INTRODUCCIÓN

Como respuesta a transformaciones (ya no tan) recientes en la práctica médica que derivan de cambios tecnológicos, pero también de cambios sociales y un nada “nuevo paradigma” entre prestadores de servicios y usuarios, una pregunta pertinente es si el fin o los fines de la medicina han cambiado también. En ese paradigma las funciones del médico se han diluido, de la relación tradicional médico-paciente, a ponerse al servicio de diferentes empresas (instituciones del estado, hospitales privados, consorcios) como funcionario en un cargo o como empleado. Los propósitos de la medicina evolucionan, siguiendo también a los procesos sociales en los que la práctica está inmersa, como resultado del aumento del conocimiento médico, tecnologías mejoradas y cambios en las expectativas culturales y morales. Pero propósitos y fines no son precisamente sinónimos. Distintos propósitos sirven como medios para distintos fines. Se hace necesario así un escrutinio de los factores que han venido

confrontando la ética médica “tradicional”, interna a la medicina, con una ética contemporánea, externa a ella, de las perspectivas del paciente ante las promesas que cree que la medicina le ofrece, del reto del médico ante las exigencias del paciente y de los conflictos de interés que éstas suponen.

El plan de este trabajo es abordar primero la vieja discusión sobre si la medicina es un arte o una ciencia; en seguida, ante la dificultad de delimitar sus fronteras trataré su fin o fines, así como la confusión entre aplicaciones, medios y fines. Abordaré luego algunas de las complicaciones que surgen de perspectivas que pueden ser opuestas sobre el bien del paciente, para terminar con una reflexión sobre la situación del médico ante las exigencias de éste y las alternativas que puede adoptar.

#### ARTE O CIENCIA

Para poder hablar de fin hay que definir primero aquello cuyo fin queremos elucidar, en este caso la medicina. Así pues, es preciso remitirnos

Recibido: 05/06/2019  
Aceptado: 02/08/2019

al lugar común que la refiere como ciencia y como arte, y que se da por sentado. Esta reflexión preliminar nos irá acercando a entender mejor el papel del médico en la práctica. En la versión clásica, hipocrática, el arte refiere a la práctica de la medicina en su totalidad, todos los conocimientos, todas las capacidades que se enseñaban personalmente de maestro a alumno. En la medicina contemporánea es posible hacer una reflexión en dos líneas de pensamiento.

Como ciencia, la medicina tiende a lo general, a la explicación de fenómenos y procesos causales de las enfermedades. Sus aspectos teóricos y prácticos apuntan a incrementar el conocimiento de las funciones y disfunciones del organismo a la luz de diferentes teorías y al diseño de tecnologías diagnósticas y terapéuticas. En ese sentido los médicos clínicos, aunque no son investigadores, consideran la medicina como una transferencia del conocimiento científico a la práctica; se instruyen en el paradigma biomédico y hacen lo que en lenguaje cotidiano se denomina “medicina científica”. Sin embargo, las justificaciones de ese paradigma, desde fines del s. XIX y hasta su cenit a mediados del s. XX han sido objetadas, entre otras razones porque la interacción e interpretación humanas durante el encuentro clínico no pueden ser validadas mediante un método biomédico.<sup>1-3</sup>

No sólo se acabó la edad de oro,<sup>4</sup> la reputación del médico, particularmente del cirujano, se ha socavado, en parte por fallas propias como la despersonalización, la incompetencia, la imprudencia, negligencia y cobros excesivos; en parte también por medicinas alternativas, terapias “naturales” y milagrerías sin sustento que el paciente busca como contrapeso ante la perspectiva biomédica.

Hay entonces un hiato de información entre la investigación científica, la evidencia (considerada de diferentes maneras) y la práctica médica, que el médico debe interpretar cada vez en la incertidumbre de la variabilidad biológica y frente a cada paciente, que además trae su propia “carga teórica”. Ahí entra el arte de la medicina, y en esa tensión entre ambas líneas de pensamiento pueden verse el fin o los fines de la medicina. Pero veamos antes la segunda vertiente, el arte en su versión contemporánea.

El arte de la medicina es más complicado de lo que parece la palabra, asociada a las artes literarias, plásticas y escénicas, entre otras. Tiene además una connotación negativa, pues los mismos médicos han incluido en esta categoría todo aquello que no es ciencia en sentido estricto. El paradigma biomédico excluye valores, afectos, consejos, consuelo, el efecto placebo de la conducta del médico, y favorece la racionalidad y el conocimiento científico, diagnósticos mediante tecnología, hechos *duros*, frialdad objetiva como muestra de eficiencia y control situacional, características que contribuyeron a la edad de oro de la primera mitad del s. XX y hasta, digamos, los años setenta. El arte, en cambio, surge de la interacción humana, incluye conocimiento tácito con base en la experiencia, diferentes heurísticas y el razonamiento práctico, que combina el conocimiento médico y no médico del cuidado clínico.<sup>2,3,5</sup>

El arte es la aplicación de ese conocimiento a lo particular, no a lo general; es la capacidad para establecer diagnóstico, tratamiento y pronóstico en el contexto específico de cada paciente.<sup>6</sup> Es el juicio clínico, el proceso de descifrar y decidir; no es teórico sino práctico, puede enseñarse y aprenderse mediante experiencias. El arte de la medicina es una actividad estética, es decir, con base en percepciones e interpretaciones de esas percepciones. El arte médico requiere una racionalidad diferente de la perspectiva biomédica, requiere conocimiento médico y no médico. No es experimental sino empírico, sin la carga negativa que el término ‘empírico’ ha ido acumulando. Se desarrolla durante el encuentro clínico y, muy importantemente, no sólo comprende los éxitos; el arte es falible, como la ciencia.

## TELOS, FIN O FINES DE LA MEDICINA

La medicina no tiene fronteras claramente delimitadas y es imposible separarla de prácticas y metas compartidas por otras disciplinas afines. Otras actividades y prácticas también son elementos de la medicina. Y dado que se dirigen a la población, hablar de medicina puede ser tan amplio como las ciencias de la salud, conocimientos y técnicas para la prevención y erradicación de enfermedades y el bienestar de

las poblaciones. Estas ciencias interdisciplinarias incluyen por ejemplo la epidemiología y la salud pública. Tenemos entonces varias prácticas que apuntan a la salud y la prevención de la enfermedad que no pueden considerarse como medicina en un sentido estricto. Análogamente, la salud y la prevención de la enfermedad no se restringen exclusivamente a la medicina.

El término ‘teleología’, desde Aristóteles, implica la idea de un proceso (causa eficiente) que se dirige a su fin, hasta que queda acabado (causa final). En el sentido de intención el fin es su cumplimiento, su propósito y objetivo, pero también su límite.<sup>7</sup> Ya en el período clásico, durante los siglos quinto y cuarto a.C., la medicina griega tenía una teleología interna. Un ejemplo de ello es el texto *Epidemias I*, en el que se menciona el llamado triángulo hipocrático; “[t]he art has three factors, the disease, the patient, the physician.” En ese mismo texto, inmediatamente después, se establece el papel del médico “[t]he physician is the servant of the art.” De tal forma era interna la teleología, que la última línea de ese párrafo establece incluso el deber del enfermo; “[t]he patient must co-operate with the physician in combating the disease.”<sup>8</sup>

En el contexto contemporáneo, la teleología es *interna* cuando refiere al comportamiento individual intencional. De acuerdo con Edmund Pellegrino el fin intrínseco de la medicina es personal, deriva del encuentro clínico entre médico y paciente, “cuyos mundos vividos intersecan en el momento de la *verdad clínica*, [...] en el que las acciones de los médicos individuales y del sistema de salud convergen, el momento en el que un ser humano afligido busca la ayuda de un médico”.<sup>9-12</sup> Siguiendo su argumentación, la teleología es *externa* cuando refiere a una organización funcional más o menos consensuada, que apunta a metas identificadas mediante procesos deliberativos, como sucede en una institución.<sup>13</sup> De tal manera, los fines institucionales de la medicina cambian social e históricamente.

A pesar de la disección anterior es obvio que cualquier ser humano, en tanto paciente, es individual. Se ve como único; lo que le pasa le sucede únicamente a él. Sin embargo, a pesar de que la noción de Pellegrino es correcta, requiere ser actualizada veinte o treinta años después. Una cosa es que el fin intrínseco de

la medicina se dé a partir del encuentro clínico y otra muy diferente es que la perspectiva del paciente sea la única que determine el fin o fines. La “verdad clínica” de Pellegrino no es única, puede ser diferente para el médico; el encuentro es de dos. Trataré ese asunto en los siguientes apartados.

## APLICACIONES, ¿MEDIOS O FINES?

Separar las *aplicaciones* y las *prácticas* de los fines de la medicina es problemático, sobre todo cuando son utilizadas y llevadas a cabo con criterios laxos, poco meditados, a manera de hábitos o conocimientos tácitos (como andar en bicicleta) que, siendo automáticos, no requieren reflexión. Para el médico son problemáticos los casos que exigen anteponer los fines y excluir las aplicaciones disponibles, a veces por lo novedoso, o las prácticas de la mayoría del gremio, a veces por costumbre. En esos casos las decisiones pueden resultar contraintuitivas.

Frecuentemente no es posible estipular qué datos podemos creer como ciertos, confirmados en nuestra percepción por lo que parece una misma evidencia, en ausencia de otros eventos observables en el proceso de una enfermedad.<sup>14</sup> En la filosofía de la ciencia esa circunstancia se conoce como subdeterminación.<sup>15</sup> También es posible, ante un problema “médico”, no tener elementos suficientes para determinar el efecto que nuestras acciones tendrán entre lo social (público e impersonal) y lo individual (privado y personal), entre la enfermedad como proceso y quien la sufre como persona. El fin de la medicina está subdeterminado por la comprensión limitada del conocimiento de los fenómenos biológicos en un paciente en un momento dado y por el alcance y los efectos potencialmente nocivos de las tecnologías y terapias disponibles, desde un punto de vista biotecnológico; pero social y psicológicamente por los deseos y esperanzas de los enfermos, por los empeños de los médicos y por prácticas costumbristas.

El problema puede ser todavía más difícil cuando hablamos de *medios*. El médico puede no tener claras las razones para separar fines de medios, sobre todo en casos polémicos

en los que entran en juego diferencias de valores. Puede incluso resultarle imposible dar la vuelta al debate legal y normativo sobre el uso adecuado de los medios médicos apelando a sus razonamientos morales. Aplicaciones, medios, prácticas, normas y leyes dependen, a fin de cuentas, de consensos entre instituciones y asociaciones profesionales, de diferencias que convergen siempre insuficientemente a pesar de los mejores esfuerzos, que se adaptan frecuentemente mal a la situación del enfermo individual.

Las leyes obligan a todos los médicos por igual, las normas morales no; son personales. A veces es imposible para un médico hacer lo que se requiere cuando el paciente no está de acuerdo. Peor aún, a veces le resulta imposible hacer lo que el paciente con todo derecho pide o exige. Es entonces cuando recurre a las normas médicas y descubre que hay cosas que *debieran* pero no pueden hacerse, por razones legales, sociales, psicológicas y morales.<sup>16</sup> Cuando se ve desde la moral del paciente, la teleología interna tiene sentido. Sin embargo, desde las normas de la buena práctica, el médico llega a callejones sin salida en cuanto al bien y el mal del enfermo, porque se afectan sus creencias personales, irreconciliables con las del paciente.

### ALGUNAS COMPLICACIONES

Ciertamente, el médico es responsable por el bienestar del paciente, sobre todo cuando se encuentra en estado vulnerable. Sin embargo, en las sociedades contemporáneas, tan plurales, las preferencias, visiones de mundo y prácticas religiosas del enfermo chocan con las propias creencias del médico respecto de lo que éste considera el bien de ese paciente. La invocada “supremacía del bien del paciente” indudablemente incluye el buen juicio sobre lo que del médico considera la buena medicina y una buena vida. Pero la supremacía del bien del paciente no es lo mismo que la *percepción* del paciente sobre su bien. Esa confusión es fuente de complicaciones en la cada vez más delicada y tenue relación médico-paciente, y no puede asumirse, sin más, que el médico esté obligado a hacer cualquier cosa que el paciente defina como bueno.<sup>17</sup>

Las preguntas que derivan de esta situación tampoco son sencillas. Algunas son ambiguas, pueden tener más de una respuesta, o ninguna, y alguna respuesta puede contradecir a otra. A modo de ejemplo, ¿por qué rehusar las creencias y deseos de los pacientes? ¿Si el paciente es quien está enfermo, por qué no complacerlo en todo lo que pide y cree que es bueno para él? ¿Porque va en contra del *fin de la medicina*? ¿Actuar conforme a un *continuum* que va de satisfacer las necesidades hasta complacer los deseos del paciente es moral o inmoral? ¿De acuerdo con quién, con el enfermo o con el médico? ¿Cuál es el lugar del sistema moral del médico en la relación médico-paciente? ¿Cuál es su alternativa?

Siempre es posible que un paciente tenga preferencias cuestionables para el médico, y que puedan incluso violar los principios morales de este último. El bien percibido por el paciente no puede ser tomado como una ley moral en sí misma, tampoco puede obligar al médico a ser moralmente neutral ni a abandonar sus creencias y convicciones. El médico no puede ser usado como simple medio para un fin; tiene sus creencias, su autonomía, su integridad profesional y su decoro.

Es fácil disolver el problema diciendo que la relación médico-paciente es, debe o debiera ser un diálogo; es un proverbio muy gastado. El problema real es que frecuentemente estos diálogos se tornan en disputas porque no hay un mínimo que pueda ser identificado y compartido en el desacuerdo. El diálogo entre médico y paciente se da cada vez menos, uno y otro ven en ese “diálogo-disputa” el reflejo de sí mismos, del fin de la medicina en tanto sus deseos, expectativas e ilusiones. Ese diálogo que se dice idealmente que hay o debiera haber, puede no ser más que un soliloquio que revela la necesidad de revisar exhaustivamente las creencias propias antes que las ajenas, la necesidad del autoanálisis cuidadoso antes de la condena. Peor aún, esa revisión exhaustiva de creencias no la hará el paciente. El médico está una vez más en ese callejón, del que sólo puede salir dejando que el otro “resuelva su dilema”, “que elija de acuerdo con su autonomía” y vague de colega en colega mientras su tiempo se acaba.

## UNA REFLEXIÓN FINAL, MÁS REALISTA

Uno de los grandes problemas de la medicina contemporánea es que propósitos, medios y fines de unos y otros chocan o se eluden, no hay (no puede haber) un estándar para su uso adecuado, rara vez se alinean y rara vez coinciden. Propósitos y medios son un telón que dificulta ver el escenario real del paciente, su vida y biografía puestas en juego por la enfermedad, lo que el paciente considera, en sentido amplio y estricto, el fin de su vida. Es poco probable que las controversias y disputas sobre fines normativos (sociales) y morales (personales) terminen; no hay una metodología general que pueda resolver los dilemas morales que resultan de esas colisiones.

En ese nada “nuevo paradigma” de la atención institucional entre prestadores de servicios y usuarios sobrevuela la sombra del contractualismo. Si el paciente, haciendo uso de su autonomía otorga su consentimiento informado casi todo puede hacerse; médicos y enfermos se diluyen en una masa contractual e impersonal. A pesar de todo, el encuentro entre médico y paciente, el *quid* de la profesión, sigue siendo uno a uno, y es preciso mantener el compromiso con el enfermo frente a las influencias populares, masivas, de la posmodernidad, por poco racionales que sean.

Sin embargo, la ética no es hacer el bien sin mirar a quién, el sacrificio del benefactor hasta el suicidio profesional es una falsa noción de lo moral. Hay algo que con frecuencia se discute de viva voz en el gremio, pero rara vez se escribe, el médico puede llegar a encontrarse en franca desventaja frente a las exigencias de un paciente y su contexto, el aparato hospitalario y administrativo en el cual se desenvuelve y desarrolla su profesión; puede ser manipulado o coercido moralmente mediante la vulnerabilidad del enfermo, consciente y utilizada *ad hoc*. Muy importantemente, el fin de la medicina y los fines del paciente bien pueden no ser los mismos, y éste último puede querer hacer prevalecer los suyos sobre los de su médico, pasando también por alto los intereses genuinos del médico como profesional y persona. El médico puede entonces decidir no liarse con ese paciente y no se le podría reprochar

ejercer su autonomía. Con una diferencia, que mientras el paciente puede irse, sin más, el médico sigue estando obligado a no abandonarlo hasta que el paciente lo manifieste expresamente, aunque sí puede mostrarle una salida, la alternativa de recomendarlo a la atención de otro colega.

Cabe también la reflexión sobre un asunto no menor, la medicina no es la misma ni se practica como en el s. V a.C. Ni los preceptos hipocráticos regían a toda la Hélade ni es posible tomarlos hoy a pie juntillas, fuera de nuestro contexto histórico. Ciertamente es que en *Epidemias I* se declara que el médico es el “sirviente del arte” y en buena medida está al servicio del paciente para aliviar su sufrimiento; pero en el contexto contemporáneo no se le puede exigir, sin más, ser sirviente del enfermo. Ser sirviente del arte significa ejercerlo con maestría y con prudencia, pero el *primum non nocere* puede también aplicarse en sentido inverso “lo primero es no te dañes”. El fin de la medicina reside en el encuentro clínico, pero eso tampoco significa que sea el fin de la carrera del médico.

## REFERENCIAS

1. Snow CP. The two cultures and a second look. Cambridge; Cambridge University Press; 1963.
2. Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. *Theor Med Bioeth.* 1995; 16: 183-198.
3. Bærøe K. Medicine as art and science. En: Schramme T, Edwards S (eds.) *Handbook of the philosophy of medicine*. Dordrecht, Países Bajos: Springer Science + Business Media, 2017. pp. 759-772.
4. Burnham JC. American Medicine's golden age: what happened to it? *Science.* 1982; 215: 1474-1479.
5. Hofmann B. Medicine as techne—a perspective from antiquity. *J Med Philos.* 2003; 28: 403-425.
6. Schramme T. Goals of medicine. En: Schramme T, Edwards S (eds.) *Handbook of the philosophy of medicine*. Dordrecht, Países Bajos: Springer Science + Business Media, 2017. pp. 121-128.
7. Ferrater Mora, J. *Diccionario de filosofía*. (5ª ed.) Buenos Aires: Ed. Sudamericana, 1964. pp. 705 y ss., 767 y ss., 980 y ss.
8. Jones WHS. *Epidemics I*, xi. En: Hippocrates. With an english translation by W. H. S. Jones. Londres: William Heinemann; 1923, reimp. 1957. pp. 164-165.
9. Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine. A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. En: Engelhardt Jr. HT, Jottrand F, eds. *The philosophy of medicine reborn. A Pellegrino reader*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 2008. pp. 62-84, p. 63. (Cursivas añadidas).

10. Pellegrino ED. Philosophy of medicine. Should it be Teleologically or Socially Construed? En: Engelhardt Jr. HT, Joterrand F, eds. *The philosophy of medicine reborn. A Pellegrino reader*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 2008. pp. 49-61.
11. Pellegrino ED. The goals and ends of medicine: how are they to be defined? En: Hanson MJ, Callahan D (eds.) *The goals of medicine: the forgotten issue in health care reform*. Washington, DC: Georgetown University Press, 1999. pp. 55-68.
12. Pellegrino ED, Thomasma DC. *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*. Nueva York y Oxford: Oxford University Press; 1981.
13. Audi R. (ed.) *The Cambridge dictionary of philosophy*, (2ª ed.) Nueva York, NY: Cambridge University Press; 1999. p. 905.
14. Quine WVO. On the reasons for indeterminacy of translation. *The Journal of Philosophy*. 1970; 67: 178-183.
15. Quine WVO. Two dogmas of empiricism. En: *From a logical point of view*. (2ª ed. Rev.) Nueva York, NY: Harper & Row; 1961. pp. 20-46.
16. Ladd J. The internal morality of medicine: An essential dimension of the patient-physician relationship. En: Shelp EE. *The clinical encounter. The moral fabric of the patient-physician relationship*. Dordrecht, Holanda: D. Reidel Publishing Company; 209-231.
17. Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine. A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. En: Engelhardt Jr. HT, Joterrand F, eds. *The philosophy of medicine reborn. A Pellegrino reader*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 2008. p. 76.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)