

**COLABORACIÓN ESPECIAL****EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN EL CONTEXTO MÉDICO-SOCIAL  
DEL AÑO 2000****Santiago Cervera Soto (1) y José Javier Viñes Rueda (2)**

(1) Consejero de Salud. Gobierno de Navarra

(2) Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Pública de Navarra.

**RESUMEN**

En el presente trabajo se expone el convencimiento sobre el cambio cualitativo que se va a producir en las próximas décadas en el ejercicio de la medicina, en relación a los cuatro momentos rectores que influyen en la praxis médica: la ciencia pura y aplicada, las políticas de la salud, la economía y la ética. Los conocimientos de la ciencia médica se van a aplicar en base a la evidencia científica, sustituyendo al empirismo científico que ha caracterizado al ejercicio médico en la última centuria. Las políticas de salud desde la sociedad organizada (Sanidad o Salud Pública) van a transformar sus modelos centralizados, transfiriendo competencias de gestión a los propios sanitarios de los centros públicos, que estarán orientados a objetivos de salud. A la vez, la administración sanitaria va a exigir mayor rigor en el reconocimiento de las prestaciones sanitarias fundadas en la evidencia científica. La economía de la salud del sistema público va a requerir que la prescripción de las intervenciones médicas y la introducción de nuevas tecnologías se atiendan en base a la efectividad probada en resultados en salud y, en consecuencia, la eficiencia en términos gerenciales va a ser sustituida por el coste/efectividad. Finalmente, la evolución de la ética médica unitaria seguirá evolucionando por la multiplicidad de éticas individuales y colectivas, por lo que, en defensa de la propia naturaleza (*physis*), el ejercicio médico requerirá el desarrollo del consentimiento informado, la objeción de conciencia y el consenso, ante nuevos códigos de conducta profesional de ámbito universal.

**Palabras clave:** Evidencia científica. Políticas de salud. Economía de la salud. Ética.

**ABSTRACT****Practicing Medicine with the  
Medical-Social Context of the Year 2000**

This study discusses the conviction that the qualitative change which is going to be taking place over the next few decades with regard to the practice of medicine as far as the four governing aspects which bear an impact on medical practice are concerned: pure applied science; health-care policies; the economy and ethics. Medical science's know-how is going to be applied based on scientific evidence, the empirical scientific approach that has characterized medical practice over the past century being replaced. The health care policies from the organized society (Public Health Care System) are going to be changing its centralized models, handing over management authorities to the health-care professionals proper working at the public medical centers oriented toward health-care objectives. In turn, the health-care administration is going to be demanding a greater deal of strictness with regard to the honoring of health-care benefits based on scientific proof. The health-care economy of the Public Health-Care System is going to be requiring that the prescribing of medical procedures and the implementation of new technologies be dealt with based on results-based proven effectiveness related to health and, therefore, efficiency in management terms is going to be replaced by cost-effectiveness. Finally, the trend in individual medical ethics is going to continue evolving due to the many different individual and group ethics, which, in defense of the very nature (*physis*) of the medical practice is going to be requiring the development of informed consent, conscientious objection and a consensus being reached regarding new codes of professional conduct of a universal scope.

**Key words:** Scientific evidence. Health policies. Health economics. Ethics.

**INTRODUCCIÓN**

Desde la Primera Guerra Mundial el ejercicio de la medicina ha tenido una sorprendente transformación en las últimas décadas, período al que el Profesor Pedro Laín Entralgo califica como de poderío y perplejidad de la medicina <sup>1</sup>. La realidad del ejercicio mé-

Correspondencia:

José Javier Viñes Rueda  
Pabellón de Docencia  
Recinto Hospital de Navarra  
C/ Irunlarrea, 3  
31008 Pamplona.

dico en el momento actual no se diferencia cualitativamente, sin embargo, del de la última centuria, a pesar de la potencialidad o poderío del arte (*tekhné*) de la medicina, hoy más científica que en épocas anteriores. Un avance cualitativo de la medicina al final del siglo XX y comienzos del XXI, se va a producir más por el modo en que el médico se ve obligado a ejercerla (perplejidad), que por el avance de los conocimientos científicos (poderío).

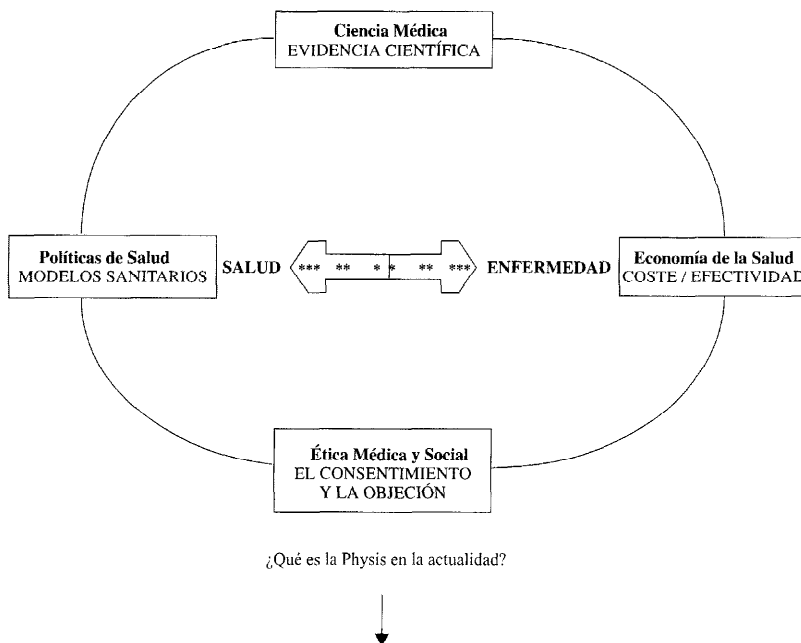
En tal sentido y siguiendo al referido autor, en *la Medicina actual se co-implican un momento científico-técnico, otro político-social, otro socioeconómico y otro psicoético*, situando el ejercicio de la medicina por cuatro momentos rectores: *la ciencia (pura y aplicada), la economía (nivel de ella, modo de su regulación), la política (niveles y organización del poder del Estado y en la sociedad) y la ética (actitud social y personal ante el problema*

*de la licitud o la obligatoriedad de aquello que pueda hacerse).*

Nada mejor para un maestro como el profesor Laín Entralgo que acabar su *Historia de la Medicina* con cuatro ventanas abiertas al análisis y comprensión de los ejes rectores del ejercicio de la medicina, lo que nos va a permitir adentrarnos en el cómo y el porqué del próximo ejercicio de la medicina, cuyo cambio cualitativo va a producirse en el contexto en el que se desenvuelve y se va a caracterizar por la omnipresencia de la salud pública en todas las decisiones (asistencia, docencia e investigación), como consecuencia de la influencia de la sociedad actual en el ejercicio médico. Ese constante encuentro de la medicina y de la sociedad que venimos en llamar sanidad (salud pública o medicina social para otros), sitúa al ejercicio médico en una permanente influencia por parte de los *cuatro momentos rectores* que el Laín Entralgo refiere y que representamos en la figura 1.

Figura 1

El ejercicio de la Medicina en el contexto médico-social del año 2000



## LA CIENCIA MÉDICA: LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

El inicio de la ciencia médica occidental sitúa su origen en la Grecia presocrática en el siglo VI a.C, donde se inicia el estudio de la *physis* (naturaleza) en todos los órdenes, tanto del macrocosmos como del microcosmos, liberándose de las interpretaciones mítico-religiosas, lo que fue posible gracias a la «humanización» de los dioses griegos. Si padres del estudio de la *physis* fueron, entre otros, Tales de Mileto o Pitágoras, el trasladar la observación y conocimiento de la *physis* al hombre, debe ser reconocido ya en Alcmeón de Crotona, primer pitagórico que se adentra en el concepto de la salud (armonía entre las partes) y aplica los principios básicos de la *physis* (naturaleza); *tekhne* (técnica, arte o conocimiento); y *logos* (razón). Estos principios básicos de la escuela pitagórica van a constituir el conocimiento o la ciencia médica occidental, desarrollados a partir de los tratados hipocráticos (*corpus hippocraticum*).

Desde entonces, los cambios en el conocimiento son puramente cuantitativos, con los matices que el pensamiento filosófico cultural de cada época haya aportado: unos de avance en el conocimiento, otros de retroceso, pero los principios han sido los mismos: la observación de la naturaleza, el análisis, la técnica o el arte, la lógica, la interpretación (probabilidad o incertidumbre), la experiencia personal (empirismo) y la decisión.

El predominio de las influencias dogmáticas, filosóficas primero en Galeno y religiosas después en el mundo occidental cristiano, desfigura la medicina que buscaba la *physis* por el camino de la razón (*logos*) y del arte (*tekhne*), hasta que en los siglos XVII-XVIII se recupera el neohipocratismo con Thomas Sydenham<sup>2</sup>. Ello se debió al establecimiento previo del empirismo lógico en otros terrenos con Paracelso, Descartes, Locke y Bacon. Se recuperó, así, una medicina basada de nuevo en la naturaleza,

en su observación y se actuaba en consecuencia, dando lugar al nacimiento en el siglo XVIII de la medicina empírica: observación, raciocinio, experiencia y decisión. El empirismo sitúa al médico en el centro del conocimiento y, en consecuencia, la decisión de actuar (ayudar; *similia, similibus curantur*) o no actuar (*primum non nocere*) sobre *physis*, sitúa al médico empírico ante el enfermo, con todo el poder de decisión sobre la salud y la enfermedad.

Este empirismo se mantiene hasta nuestros días y el médico actual ha sido educado para tomar decisiones bajo su plena responsabilidad individual frente al enfermo y la enfermedad, en una concepción «iatrocéntrica». Desde 1700 hasta el año 2000 el ejercicio (*praxis*) de la medicina se sigue manteniendo en el empirismo, si bien podemos distinguir dos fases: el empirismo lógico de Thomas Sydenham o Edward Jenner y el empirismo científico, después de los principios experimentales de Louis Pasteur, Claude Bernard o Rudolf Virchow.

La decisión médica en su práctica diaria, si bien de base científica, se basa en el *vis a vis* con el enfermo, en la experiencia, en el empirismo, porque irrepetible es el acto médico, singular, lleno de incertidumbre, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y, en consecuencia, la decisión es de aplicación personal, subjetiva y, por tanto, individual y empírica, pero este empirismo científico se sitúa con incertidumbre en la toma de decisiones, derivada de la *proliferación de proyectos de investigación clínica de nuevas tecnologías, sobre todo medicamentos, el desarrollo de los métodos de investigación clínica y el gran aumento de la documentación clínica*<sup>3</sup>.

Se impone una salida a la creciente incertidumbre que llega de la mano de la propuesta, a partir de 1992, de ejercer una medicina basada en la evidencia científica por el grupo canadiense *Evidence Based Medicine Working Group*, que va a significar un cambio cualitativo sustancial en la práctica de la

medicina en las próximas décadas. Es el cambio o abandono del empirismo científico por la evidencia científica. En ésta, el médico reduce la incertidumbre en el momento de tomar decisiones y aminora las responsabilidades, aumenta los aciertos y la seguridad, a costa de perder su autocracia, por lo que se intenta encontrar una metodología que reduzca la incertidumbre en base a la probabilidad de resultados más favorables, abriéndose un proceso de análisis de decisión <sup>4</sup>.

La ciencia médica y el rápido avance del conocimiento de *physis* supera al ejercicio médico. Éste va a situarse al servicio del conocimiento (medicina basada en la evidencia) y no los conocimientos al servicio del médico. Esta nueva concepción del ejercicio de la medicina va a representar el gran cambio cualitativo. El médico puede verlo con recelo, pero de inmediato se entrega con alivio a la evidencia científica, elaborada por paneles de expertos, por guías clínicas o protocolos.

¿Sólo la evidencia científica decide la intervención médica? El entrar en la medicina basada en la evidencia no debe comportar un despotismo ilustrado o científico, ya que puede ser modificada por otros valores de orden humano, social o económico, distintos a los propios conocimientos científicos, que pueden ser relevantes o incluso preferentes <sup>5</sup>, pero ello debe ser la excepción, porque en todo caso el empirismo, aunque científico, no debe sustituir a la evidencia.

En consecuencia, el «momento» ciencia médica (pura o aplicada), se va a ver desarrollado en base a la evidencia científica, sustituyendo al empirismo científico en el que se ha venido basando la praxis médica del siglo XX.

#### LA POLÍTICA DE SALUD: MODELOS SANITARIOS

Política de Salud significa tomar decisiones en materia de salud/enfermedad que se

hayán de aplicar a la *polis*, es decir, a los ciudadanos de una comunidad o sociedad.

El siglo XX se caracteriza por la progresiva intervención de la sociedad organizada en materia de salud, no sólo de la sociedad-estado al modo de Johann Peter Frank, dando origen a la Higiene Pública para proteger la salud colectiva <sup>6</sup>, sino que la Salud Pública va tomando protagonismo en materia de salud individual, primero en los términos propuestos en 1920 por Winslow <sup>7</sup> y más tarde con una intervención global desde la Salud Pública según concepción de J. Last <sup>8</sup>, en la que la sociedad se ocupa, además de la protección de la salud y la prevención, de las enfermedades, de la restauración de la salud a nivel individual. De esta manera, el ejercicio de la medicina fuertemente intervenida, conoce una «radical socialidad», llegando a la asistencia médica en los años ochenta a una socialización o colectivización de los medios de producción de la salud como hecho «justiciero e irreversible» <sup>1</sup> en la gran mayoría de los países de la Europa occidental. Ocupadas las naciones en garantizar niveles de salud a los ciudadanos, incluida la asistencia médica, se van implantando modelos sanitarios globalizadores que vasculan entre el estatismo y el liberalismo. Surge la salud como derecho individual del ciudadano (en España a partir de la Constitución Española de 1978). En general, este derecho se cumple según la inercia de las formas de asistencia médica colectiva de cada país, según el modelo de Seguridad Social (Alemania, Austria, Francia, Suiza) o el de sistema nacional de salud (Inglaterra, Suecia, Holanda). España transforma su inicial modelo de Seguridad Social (Seguro obligatorio de enfermedad 1942, Ley 193/1963 de 28 de diciembre de Bases de Seguridad Social y el Decreto 2065/1974 sobre el Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social) por uno nacional, socializado o estatista a partir de la Ley 14/1986 General de Sanidad y de la progresiva financiación con fondos públicos del Sistema Nacional de Salud (70% en 1991; 91% en 1998; 100% en 1999).

El ejercicio de la medicina, en consecuencia, se ve abocado a una praxis dentro del sistema sanitario que dirige los recursos hacia las estrategias definidas, por lo que puede verse modificado en la forma de atender al enfermo, ya que una cosa es la educación médica liberal, *la medicina que se aprende y se sabe* y otra el ejercicio socializado, *el modo en que se dispensa y se practica* en el que, suprimida toda forma de medicina liberal, se controla, planifica y dirige desde el Sistema hasta las especialidades que han de aprenderse y ejercerse.

#### LA CRISIS DEL SISTEMA PÚBLICO: LAS REFORMAS

El poderoso sistema de aseguramiento público universal inicia, a partir de los años 80, una crisis en todos los países, lo que ha requerido una profunda reflexión en la década de los años noventa. Si bien la crisis es paralela a la del Estado de Bienestar, no es debida a los principios que informan al Sistema Sanitario Público de universalidad, equidad y financiación pública, cuyos principios deben mantenerse; tampoco en los países occidentales se trata de una crisis económica de los recursos dedicados a la salud, a pesar de la preocupación creciente por el incremento del coste sanitario y del gasto presupuestario, originados por causas bien conocidas: envejecimiento, globalización de la economía, cambio epidemiológico y nuevas tecnologías. La crisis de los sistemas de salud que abordan las reformas, es una crisis fundamentalmente de la gestión de los servicios públicos de salud, cuyo paradigma en la década de los ochenta era la eficiencia. *Mejor gestión era asociada con mejor salud, pero esta relación era en el mejor de los casos una conjetura*<sup>9</sup>.

Surge la necesidad de las reformas, puestas en evidencia por el documento *Promoting Better Health*, 1989, emprendida por la *premier* inglesa Margaret Thatcher<sup>10</sup>, siguiendo la propuesta de Ken Clarke (Ministro de Sanidad británico) en base a mantener

en el *National Health Service* los principios (valores) de universalidad, equidad y financiación pública: establece como objetivo de gestión, la efectividad según objetivos y resultados de salud y, por tanto, en la atención al enfermo al coste que sea necesario (no es una reforma ahorradora); y para mejorar el resultado y la gestión cambia el modelo, separando en el Sistema Público, el agente financiador (Estado), el contratador (*National Health Service*) y el proveedor (médicos, centros de salud, hospitales, sociedades médicas). La reforma genera un mercado interno (relación contrato-programa) en el que el dinero sigue al paciente (*Money follows the patient*) para atender sus necesidades de salud correctamente evaluadas con presupuestos gestionados por los propios profesionales.

Esta ineludible reforma de la gestión de los servicios de salud afecta frontalmente al ejercicio de la medicina, ya que el médico, que por fuerza o por agrado ha venido ejerciendo una medicina socializada y centralizada sin cambiar su condición de funcionario o personal contratado en una empresa pública, y que no ha podido imaginar tener que ser gestor del cambio, se va a ver abocado, en la próxima década, a ser proveedor de servicios y en cierta manera un poco gestor o empresario, lo que le va a exigir, para no aislarse en su propia especialidad, a formarse en técnicas de gestión y de economía de la salud, estableciendo una relación contractual (contrato programa) con su propia empresa *como innovación tecnológica en el campo de la gestión hospitalaria*<sup>11</sup>.

En este sentido, la respuesta política más explícita en España es el Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre «Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud»<sup>12</sup> que va a influir las políticas de salud en las próximas décadas. El acuerdo aborda e induce a la adopción de estrategias concretas para conseguir la consolidación sin riesgo del Sistema de Bienestar en el terreno de la Salud, que reproducimos en el anexo I, y que incluye «potenciar

Anexo 1

**Medidas propuestas para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, por la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997**

I. ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES
1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal.
2. Garantizar las prestaciones sanitarias.
3. Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria.
4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica.
II. FINANCIACIÓN SANITARIA
5. Asegurar un marco financiero estable.
6. Garantizar la suficiencia financiera y la equidad territorial
III. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN
7. Orientar el sistema sanitario a las necesidades de salud.
8. Impulsar la autonomía de gestión.
9. Atender las preferencias de los usuarios.
10. Potenciar el protagonismo de los profesionales.
IV. COORDINACIÓN TERRITORIAL
11. Completar la descentralización territorial.
12. Promover la cooperación y la coordinación territorial.
13. Reforzar el Consejo Interterritorial.

el protagonismo de los profesionales» en la organización y gestión de los servicios.

### LA LIMITACIÓN DE LAS PRESTACIONES

El asunto más arduo del ejercicio de la medicina en el sistema público, desde una educación curricular liberal basada en el empirismo científico, es la limitación de las prestaciones. En el ejercicio privado y liberal esto se comprende porque las prestaciones se conceden según póliza económica: «tanto pagas, tanto tienes». En el sistema público esto no es aceptado ni aceptable, con una estricta universalidad y equidad en el acceso. Sin embargo, en el otro lado de la balanza se comprende que hay prestaciones y exigencias que no son necesarias, a veces son innecesarias y a veces, incluso, indeseables. El definir la necesidad a título individual o colectivo, es un reto imposible de alcanzar, ya que la oportunidad, el proteccionismo o la complacencia se impregnan con la demagogia. El «todo para todos» con recursos limitados no es planteable, lo

que debe asumirse desde la praxis médica y, sobre todo, desde la sociedad. Resulta ello de difícil comprensión en una sociedad reivindicativa, victimista y carente de una cultura de ciudadano contribuyente.

La justificación de limitar el «todo para todos» encuentra su fundamento en la evidencia científica, con el objetivo puesto en la defensa del sistema sanitario público, el Estado de Bienestar y la equidad. El reconocer o no unas prestaciones ampliamente extendidas (ecografía mensual en embarazadas) pero inefectivas, o que se incorporen otras con riesgo en la oferta de servicios (antígeno específico de próstata, PSA en varones adultos asintomáticos), o se presionen futuras ofertas (tomografía por emisión de protones, PET), deben estar respaldadas por la evidencia científica de su efectividad y un coste razonable. En el mismo sentido, la farmacoterapia no debe alcanzar, en el aseguramiento público, a medicamentos placebos o de utilidad terapéutica baja (UTB), cuya extensión consume recursos necesarios para otras prestaciones, para garantizar la equidad en el conjunto.

La evidencia científica se ha incorporado ya a la legislación que define en el sistema sanitario público las prestaciones sanitarias. De este modo, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud<sup>13</sup> dice en el epígrafe 3 del artículo 2: *En todo caso, no se considerarán incluidas en las prestaciones sanitarias aquellas atenciones, actividades o servicios en las que concurra alguna de las siguientes circunstancias:*

a) *Que no exista suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas o que hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.*

b) *Que no esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y sufrimiento.*

Del mismo modo y desde la responsabilidad, se ha adoptado el acuerdo parlamentario antes referido con el criterio de *que la ordenación de prestaciones deberá hacerse bajo criterios de necesidad y de utilidad asistencial y social, previa la evaluación de las tecnologías*<sup>12</sup>.

Ello añade racionalidad a la ordenación de los recursos desde la salud pública pero, a la vez, añade perplejidad al médico, que sigue creyendo ejercer una medicina individualista y de responsabilidad personal intransferible y de plena libertad de prescripción. Esta libertad ha de ejercerse desde el rigor científico y desde la efectividad, esto es, desde la evidencia.

En consecuencia, el ejercicio clínico de la medicina se va a ver inmerso no sólo en la praxis de la evidencia científica, sino en la toma de decisiones desde la administración sanitaria, respecto a prestaciones, programas, prioridades o inversiones basadas en la evidencia, que van a condicionar bue-

na parte del ejercicio de la medicina y la oferta de servicios y prestaciones.

## LA ECONOMÍA DE LA SALUD: EL COSTE/EFFECTIVIDAD

Compartimos el principio que ha animado la reforma del Servicio Nacional de Salud británico, en la que las actividades y servicios de salud y, en consecuencia, las prestaciones sanitarias, deben ofertarse y ejercerse en base a que sean efectivos, esto es, obtengan resultados medibles en salud (*Promoting Better Health*); y entre las alternativas posibles deberá priorizarse las mejor coste-efectivas. Este planteamiento del coste/efectividad se incorporará al ejercicio médico en las próximas décadas, y modificará en parte los términos puramente gerenciales de eficiencia en los que se ha venido aplicando la economía de la salud o en los puramente técnicos de eficacia. El nuevo planteamiento coloca en segundo plano la eficiencia, para que el ejercicio médico sea presidido en el ámbito económico por su coste y efectividad y, en consecuencia, por los resultados en salud. Esto nos conduce a aplicar los recursos económicos en función de los resultados, lo que requiere a su vez disponer de medidas y evaluación de los resultados, en términos de calidad técnica asistencial y objetivos de salud.

Este planteamiento está muy alejado de la realidad actual y, por tanto, de la asignación de recursos y aplicación presupuestaria a tal fin; y respecto a la evaluación del producto sanitario, se mide por la actividad de los servicios (índices *case mix*, grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs), categoría de gestión de pacientes (CGP), para dar cuenta más de la eficiencia de la explotación (actos producidos), que del coste/efectividad (resultados obtenidos). Será difícil encontrar algún servicio de salud que trabaje con resultados finales (*outcome*) y no con resultados de actividad del proceso (*output*). La medida de resultados en salud, por contra, se hace desde fuera de los servicios de la ges-

tión asistencial, y son los servicios de epidemiología, de bioestadística, de diagnóstico de salud o de planificación sanitaria. Se descubre a través de este análisis que los verdaderos resultados de salud se alcanzan por medidas, en general poblacionales, ajenas a los sistemas de salud, y que poca repercusión tienen en ellos los gastos asistenciales<sup>14</sup>, enfrentando de esta manera el Sistema de Salud al Sistema de Enfermedad.

La economía de la salud debe priorizar aquellas actividades que se manifiestan efectivas y limitar las ofertas que no se justifican desde el punto de vista del resultado, aunque generen demandas desde el consumismo y el uso indebido de servicios.

El médico se va a ver obligado a actuar con responsabilidad económica dentro del Sistema y defenderlo de la presión de la demanda y, a la vez, dejar de inducirla, ofertando técnicas y servicios que no se hayan contrastado por su resultado y por su coste/efectividad.

Los servicios de salud son los únicos en el sistema económico que «oferta la demanda» que él mismo ha de resolver. Este modelo lleva al crecimiento ilimitado. Sólo la responsabilización del médico y una oferta de servicios o Carta de Servicios coste/efectivos, se impone en base a la necesidad, equidad y coste efectividad, lo que sólo puede administrarse desde la práctica médica.

El sector sanitario es quien está introduciendo en estos momentos, en la economía de la salud, el término coste/efectividad, que se expresa mejor que la eficiencia, ya que ésta se refiere a términos de rendimiento económico, según la producción y grado de atención de la demanda generada por el «usuario». El programa de prevención de cáncer de mama sirve para ejemplarizar lo que la praxis médica debería ser desde un enfoque técnico en el marco de la economía. El objetivo de un programa de prevención tiene la paradoja de que no previene ni evita la enfermedad. Su objetivo es la detección precoz en mujeres asintomáticas, con el fin

(objetivo de salud) de reducir la mortalidad prematura por cáncer de mama y aumentar la supervivencia en años útiles libre de incapacidad. El programa será «eficiente» si consigue, al menor coste, evitar una muerte o aumentar años de vida libres de incapacidad, esto es, su coste/efectividad. El programa no reduce la morbilidad, sino el número de muertes por cáncer de mama. El cada vez más creciente número de mujeres que pasan por el mamógrafo reduce el coste de cada mamografía y amortiza antes la inversión, lo cual hace eficiente al servicio en sus resultados intermedios (*output*), pero sus objetivos son sus resultados finales (*outcome*) para lo cual se incardina y hace seguimiento del tratamiento también precoz, siguiendo el principio de que sólo debe hacerse detección precoz si se garantiza a la vez el tratamiento precoz y efectivo. De esta manera, el programa sintoniza con el Acuerdo de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud que propone (Apartado 1,2, garantizar las prestaciones sanitarias, c/):

*La financiación selectiva de prestaciones con cargo al Sistema Nacional de Salud, que deberán diferenciarse según criterios de necesidad, utilidad asistencial y social y coste/efectividad*<sup>12</sup>.

El coste/efectividad nos sitúa de nuevo en la medicina y en la salud pública basadas en la evidencia.

En las próximas décadas ya no bastará, para adquirir nuevas tecnologías, un estudio de amortización de los equipos por el uso que tenga (eficiencia por la demanda), sino por los efectos en salud que haya demostrado (efectividad). ¿Debe la administración pública limitar y definir las prestaciones por motivos de ausencia de resultados?; ¿los trasplantes de médula; la prevención de cáncer de mama; las intervenciones cardíacas; los trasplantes de órganos ¿deben limitarse en razón de la edad o de la comorbilidad o del nivel de salud del individuo, en definitiva? Desde el punto de vista económico y técnico (indicación médica) la respuesta es



positiva y desde el social permite la defensa del sistema público por la garantía del derecho a la salud universal y la equidad, en defensa del Estado de Bienestar para la mayoría.

En consecuencia, las intervenciones desde la Salud Pública no sólo son formales o instrumentales (policía sanitaria, protección de la salud colectiva, intervenciones técnicas medioambientales), sino de decisiones técnicas médico-sociales (asignación de recursos, garantía de derechos, determinación de prestaciones y oferta de carta de servicios), que han de asumirse en los próximos años en el ejercicio de la medicina en base al coste/efectividad, siendo el médico quien personalmente va a gestionar esta «nueva salud pública».

### LA ÉTICA MÉDICA Y SOCIAL: EL CONSENTIMIENTO Y LA OBJECCIÓN

El cuarto «momento» del ejercicio de la medicina que ha señalado Laín Entralgo es «la ética médica y social», que ha sufrido una transformación a lo largo del siglo XX, en el que se han abandonado, definitivamente, los criterios religiosos del ejercicio de la medicina (el pretendido sacerdocio), a cambio de unos principios laicos sometidos a una conducta moral bajo normas sociales. En el próximo siglo, el ejercicio de la medicina se enfrenta con una potencialidad de actuación sobre el organismo humano, confrontando el riesgo de las actuaciones técnicas con la exigencia de eficacia y seguridad. Este riesgo/eficacia/seguridad requiere la participación de las personas afectadas en la decisión de las intervenciones, teniendo en cuenta el riesgo y la eficacia ofertada, en base a la probabilidad de éxito y de la incertidumbre del resultado, lo que requiere compartir la ética del médico con la del enfermo y con la de la sociedad. La ética unitaria de pasadas centurias, influenciada por las creencias y moral religiosas dominantes, se quiebra diluida en la diversidad de comportamientos éticos en una sociedad laica. Las

normas de conducta no son unitarias para los médicos ni para los enfermos, que ya no se someten a la ética del profesional, ni para las sociedades en materia de comportamiento frente a la naturaleza.

La conciencia/comportamiento ético personal puede entrar en conflicto con el comportamiento colectivo que solicita del médico intervenciones sobre la naturaleza en temas de procreación, o en la lucha ante la muerte, o en materia de terapia génica, debido al pluralismo ético, igualmente legal y de respeto por parte de los enfermos, los compañeros médicos y las autoridades sanitarias.

¿Qué es, por tanto, en la actualidad la *physis*? ¿Cuál es hoy en día la realidad de la naturaleza? ¿Cómo entender el principio ético de respetar la naturaleza, cuando la ciencia médica hoy tiene capacidad de alterarla y la sociedad exige a veces transgredirla?

Es evidente que todo progreso en el conocimiento es un proceso «natural» de la inteligencia y de la razón y que es bueno (concepto ético) en sí mismo, y en tal sentido nadie duda del beneficio del conocimiento del átomo, de cuya manipulación pueden derivarse indudables beneficios pero también efectos devastadores contra la propia naturaleza.

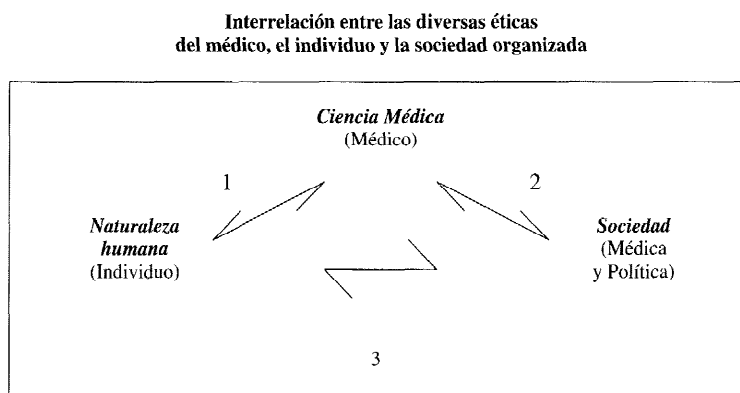
La intervención *extranatura* o la terapia génica exigen una armonización entre la eficacia de la técnica y el riesgo individual y social, la seguridad individual y social, y el beneficio individual y social. En definitiva, una armonización de las éticas en conflicto que pueden surgir en el triángulo; ciencia médica, sociedad y naturaleza humana (figura 2).

#### 1. Relación médico-individuo: El consentimiento informado

La autorización por parte del individuo para las intervenciones sobre su naturaleza deriva en las últimas décadas del reconocimiento de los derechos de los ciudadanos en la Constitución española; por un lado el de-

Figura 2

Interrelación entre las diversas éticas del médico, el individuo y la sociedad organizada



recho a la protección de la salud y por otro el derecho a la información, que permite su conjunción en la Ley General 14/1986 de Sanidad (artículo 10.º) y es recogido también en otras legislaciones autonómicas como la Ley Foral 10/1990 de Salud que desarrolla el derecho a la información en el Sistema Sanitario de Navarra (artículo 5.º, apartados 5 y 6).

El consentimiento informado debe considerarse como una co-participación en asumir los riesgos, respecto a los efectos previsibles de las nuevas técnicas agresivas, por cuanto que las consecuencias han de ser compartidas y el resultado es el efecto de un servicio y no de una obra, en cuyo caso (resultado final cierto) es de responsabilidad solo técnica. Compartir la decisión exige el seguimiento de un proceso que requiere la implantación de guías de consentimiento consensuadas entre los médicos para cada especialidad o procedimiento, aunque su cumplimiento no exonera en ningún caso su responsabilidad civil y penal derivadas de la mala praxis (15). Bien considerado, el consentimiento es una salvaguarda de la responsabilidad compartida y una expresión de la participación del ciudadano en las decisiones sobre su naturaleza, pero no debe

utilizarse como parte de una medicina defensiva.

## 2. Relación médico-sociedad

La relación del médico con la sociedad para el ejercicio médico tiene una doble consideración: por una parte, la sociedad de los profesionales, colegiada, de la que derivan los códigos deontológicos de conducta profesional, y de otra, la sociedad civil que decide las políticas de salud. El ejercicio médico actual ha dejado de ser individualista, sin dejar de ser individual e irrepetible, para ser ejercido dentro de la organización sanitaria a través de guías clínicas y protocolos de carácter consensuado, que garantiza la buena praxis técnica y la calidad, pasando de esta manera el médico a administrar la salud con la libertad de su ética individual en un Sistema Público en el que al profesional, a pesar de ser un funcionario asalariado, no se le pueda exigir una determinada práctica médica.

De este modo se impone la objeción de conciencia, racional y razonable, basada en principios éticos. En este sentido la Asamblea General de la Organización Médica Colegial ha aprobado el 31 de mayo de 1997

una «Declaración de la Comisión Central de Ética y Deontología Médica» (16) en la que se expresa:

*La negativa del médico a realizar por motivos éticos o religiosos determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad, es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes y se refieren a cuestiones graves o fundamentales.*

### 3. La relación sociedad/naturaleza humana

Es evidente que corresponde al conjunto de la sociedad tutelar la integridad y la dignidad de las personas de lo que la Declaración de Derechos Humanos de 1948 es el mejor exponente y la sociedad internacional ha dispuesto de normas penales y medios coactivos en su defensa.

Sin embargo, abordamos el siglo XXI con un salto cualitativo. Ya no se trata sólo de la defensa de las personas, sino de impedir la modificación de la propia naturaleza humana en origen. La clonación de individuos animales con eficacia (febrero 1997) por la unión del citoplasma de un oocito con una dotación genética completa del núcleo de una célula orgánica cualquiera, acogidos luego en un organismo gestante o nodriza, hace modificar la naturaleza, lo natural, la «physis», porque modifica la ontogenia (origen del individuo) y la filogenia (origen de la especie).

Se impone de inmediato una ética mundial al respecto que imponga unas normas de lo que, sin duda, es un indudable avance científico. La comunidad internacional se ha movilizado. El Consejo de Europa el 12 de enero de 1998 establece el Protocolo que «Prohíbe toda intervención cuyo objetivo sea crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto» y concretó las orientaciones al respecto que con carácter general estableció la Conven-

ción Europea sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Oviedo 4 de abril de 1997).

Otros foros como la Conferencia Permanente Europea de los Comités Nacionales de Ética (París, enero 1998) y la propia UNESCO, que ha creado un Comité Mundial de Ética, abogan con premura por un código mundial que por consenso establezca el nuevo marco ético de la Sociedad, que armonice la ciencia y la naturaleza humana, protegiendo la especie (17). Se ha abierto, en consecuencia, un nuevo capítulo de la ética médico-social en defensa no sólo del individuo sino de la propia especie humana.

### A modo de conclusión

El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000 va a abordarse con un cambio cualitativo, que los profesionales se van a ver obligados a asumir. El conocimiento científico (ciencia pura o aplicada) se va a ver desarrollado de acuerdo a la «medicina basada en la evidencia», abandonando el empirismo científico de la última centuria.

El profesional de la medicina, inmerso en un sistema sanitario público que cambia sus modelos de gestión y que no ha imaginado tener que ser gestor de ese cambio, se va a ver abocado a ser «proveedor» de servicios médicos, lo que le va a exigir formarse en técnicas de gestión y de economía de la salud. Así mismo, el médico se va a encontrar inmerso en la toma de decisiones de la Administración sobre las prestaciones y la oferta de servicios, justificados en razón de la evidencia científica y del resultado en salud. Resultados previsibles que el médico debe garantizar.

El ejercicio médico se va a ver también modificado en los años inmediatos por el abordaje ético que requieren las nuevas técnicas que actúan sobre la naturaleza (physis) humana respecto a la eficacia/riesgo-seguridad/beneficio y la confrontación entre las diferentes éticas del médico, del individuo y

de la sociedad, que requieren nuevos códigos deontológicos mundiales en defensa de la especie humana.

En consecuencia, el abordar el cambio cualitativo del ejercicio de la medicina en el próximo 2000 exige un esfuerzo en la formación continuada, además de introducir estos nuevos paradigmas en los curricula universitarios y de las especialidades médicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. La Medicina actual: Poderío y perplejidad. En: Laín P. Historia de la Medicina. 1.ª ed. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1998.
2. Garrison FH. Introducción a la Historia de la Medicina. Madrid: Calpe; 1921.
3. Gol Freixa JM. Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia. En: la medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. JAMA (ed. esp), 1997.
4. Jenicek M. Epidemiología, Barcelona: Masson S.A.; 1996.p.317-347.
5. US Medicine Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.p. li-lliii.
6. López Piñero JM. Historia de la Medicina. Medicina. Madrid: Historia 16; 1990.
7. Winslow C.E.A. The untilled field of Public Health. Mod Med 1920; 2: 183.
8. Last J.M., editor. A dictionary of Epidemiology. Nueva York: Oxford University Press; 1983.
9. Artundo C, Sekellarides C, Vuorin H, editores. Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
10. Thatcher M. En: La Reforma de la Sanidad Pública. Los años de Downing Street. Madrid: El País SA / Aguilar SA 1993.p. 517-526.
11. Gómez Fernández E. El Contrato-Programa como innovación tecnológica en el campo de la gestión hospitalaria. An Sis San Navarra 1997; 20: 279-282.
12. Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Parlamentario 18 diciembre 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
13. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 35, 10/2/1995: 4538-4543.
14. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
15. Comité de Expertos en consentimiento informado del Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. El consentimiento informado. An Sis San Navarra, 1997; 20: 77-88.
16. Objeción de conciencia del médico. Declaración de la Comisión Central de Ética y Deontología médica de la OMC. An Sis San Navarra 1997; 20: 415-417.
17. Mayor Zaragoza F. Ciencia y poder, hoy y mañana. An Sis San Navarra 1997, 20: 283-305.