

Departamento de Filosofía,
Universidad de Santiago de Chile
(USACH). Estación Central, Chile.
Instituto de Ética e Historia de la
Medicina, Facultad de Medicina,
Eberhard Karls Universität
Tübingen, Alemania.
^aPhD.

Recibido el 6 de enero de 2017,
aceptado el 13 de junio de 2017.

Financiamiento: Proyecto
FONDECYT de Iniciación 2015 NO
11150298 por 3 años, titulado:
“El ‘paciente sano’: Perspectivas
éticas y filosóficas en tiempos
de una medicina cada vez más
tecnificada”.
La autora no refiere conflicto de
intereses.

Correspondencia a:
Dra. Diana Aurenque
Universidad de Santiago de
Chile (USACH), Departamento
de Filosofía, Facultad de
Humanidades.
Avda. Libertador Bernardo
O'Higgins 3363, Estación Central,
Chile.
Fono oficina: +56-2-27184615
diana.aurenque@usach.cl

El “paciente sano”: desafíos éticos de la medicina preventiva

DIANA AURENQUE^a

The ethical challenge of “healthy patients”

This paper deals with the phenomenon of the “healthy patient”, an ethical issue receiving increased attention at a global level. The genesis of this phenomenon rests in the contradiction between a higher availability of technical and scientific resources for prevention and, paradoxically, the tendency towards an accelerated classification of healthy people as being at risk of developing disease. This manuscript focus on the ethical implications of the “healthy patient”, using a theoretical and philosophical approach. Therefore, this research aims to set forth the phenomenon of the “healthy patient” and its fundamental ethical problem, interpreting it as a contradiction between the perennial goal of medicine to maintain and promote health and the increasing use of technology. Thus, it can be hypothesized that the early classification of individuals as subjects at risk is a problem of time. Finally an interpretation from a philosophical point of view will be presented to offer a better understanding of the ethical problem of the “healthy patient” and to elucidate possible strategies of action for physicians and their patients.

(Rev Med Chile 2017; 145: 790-794)

Key words: Ethics; Ethics, Medical; Medicalization; Philosophy, Medical; Preventive Medicine.

Si bien la creciente masificación de medidas de prevención tiene importantes beneficios médicos, de ella ha surgido una nueva y paradójica figura: el ‘paciente sano’ [*kranker Gesunde*^{1,2}, también llamado paciente en espera³ o ‘nuevos enfermos’⁴. Este fenómeno expresa un oxímoron, es decir, una “combinación, en una misma estructura sintáctica, de dos palabras o expresiones de significado opuesto que genera un nuevo sentido, como en un silencio atronador”⁵. El ‘paciente sano’ refiere, pues, a una persona que no posee un cuadro clínico concreto y, por tanto, no es paciente en sentido estricto. No obstante, en cuanto *portador* de alguna predisposición genética o riesgo, en cierto modo ya es paciente al menos bajo dos aspectos: a) bajo la óptica médica, el ‘paciente sano’ es una persona *en riesgo* de perder su sanidad a *menos que* siga ciertas indicaciones médicas (medidas dietéticas como evitar el sedentarismo, el tabaquismo, etc.) y/o tratamiento mé-

dico concreto; b) desde el punto de vista subjetivo, el ‘paciente sano’ no sólo es visto como persona en riesgo de enfermar, sino que además el diagnóstico en la mayoría de los casos afecta a la persona, y a sus familias, provocándoles consternación.

El fenómeno del ‘paciente sano’ transita entre la constante preocupación por la salud de la medicina preventiva y la tarea principal de la medicina que es promover y mantener la salud de las personas. Desde sus inicios hipocráticos y hasta la fecha, se mantiene el *primum non nocere* como uno de sus principios fundamentales: la prohibición de dañar⁶. Así, si una práctica médica trae beneficios concretos para la persona en cuestión, sin provocar daños, dicha *ars medica* “especial”^{7,8} está justificada. Sin embargo, la justificación de prácticas preventivas en determinadas ocasiones es menos nítida. Esto se debe a que si bien la detección precoz de enfermedades o disposiciones puede traer consigo importantes beneficios médi-

cos, beneficios que no deben ser minusvalorados, ésta también puede provocar daños a los pacientes. En este sentido, la tensión entre el rol de la medicina de no dañar, fortalecer y mejorar la salud de las personas, por un lado, y los posibles aspectos negativos que conlleva el diagnóstico preventivo en personas sanas por el otro, necesita de una reflexión ética para así evaluar el balance entre beneficios y daños involucrados.

En la literatura especializada, se observa que la prevención provoca una fragmentación de la salud, que puede ser entendido como expresión de lo que se ha llamado una “medicalización” de la sociedad⁹⁻¹². Esta considera que el aparato médico se ha vuelto una amenaza para la salud. En este sentido, cada vez más médicos, bioeticistas y filósofos de la medicina reflexionan sobre posibles desventajas de la medicina preventiva. Marcel Verweij advierte en 1999: “Algunos comentaristas temen que personas saludables se transformarán en pacientes al convertirse en sujetos de control y consejo médico”¹³. El médico de familia argentino Esteban Rubinstein, dedicado activamente a promover la prevención entre sus pacientes, sostiene “que en la actualidad existen muchas personas a las que los médicos “enfermamos” mucho antes de su enfermedad se manifieste”¹⁴. En lo sucesivo expondré algunos problemas éticos constatados en los relatos de Rubinstein, a los que se vincula la prevención, para luego recurrir a elementos de la teoría y de la filosofía de la medicina para comprender mejor los problemas descubiertos e intentar ofrecer más claridad y/o posibles alternativas.

Discusión y análisis

El problema de la patologización temprana en la medicina preventiva tiene que ver con dos aspectos: 1) con el *posible padecer o sufrir* de las personas tras ser clasificadas como sujetos con un riesgo o una disposición; y 2) con la visión *condicionada de salud* que tienen los médicos con respecto a los involucrados en el diagnóstico. Ahora bien, ambos aspectos se relacionan en directa medida con un aspecto adicional: el significado del *tiempo* para la comprensión de la salud. La inclusión del problema del tiempo en la medicina preventiva no es en absoluto una teorización arbitraria, sino que se deriva de las experiencias y observaciones en la experiencia

clínica preventiva. Rubinstein sostiene que luego de transmitir resultados negativos a sus pacientes tras haberse realizados análisis preventivos el aspecto temporal tiene un rol decisivo en cómo se interpretan los resultados. La medicina preventiva sitúa a la persona diagnosticada “en contacto con un tiempo diferente del que venían manejando en la vida cotidiana, el tiempo de la inmortalidad [...] de toda persona que se siente sana”¹⁵. Debido a la confrontación con diagnósticos preventivos pareciera ser que las personas se ven confrontados con sus límites más certeros: *vulnerabilidad, muerte y finitud*. Para poder adentrarnos mejor en este terreno y en lo posible incluso proponer modos que logren aminorar los efectos negativos de la prevención, me parece acertado recurrir a los aportes de la filosofía.

La medicina preventiva pone en evidencia una manera en la que nos relacionamos con el tiempo que el filósofo Martin Heidegger denomina en *Ser y tiempo* (1927)¹⁶ como temporalidad “inauténtica”. Heidegger distingue claramente entre dos formas antagónicas a partir de las cuales existimos. Cotidianamente, según Heidegger, tenemos una comprensión intuitiva del tiempo principalmente fijada en el presente; viviendo como si el tiempo fuera una mera sucesión de eventos que podemos controlar, planear y determinar desde nuestro presente. Se trata así de existir con la convicción (implícita) de que el futuro está disponible de algún modo para nosotros y nuestro arbitrio. La tendencia que tenemos de vivir fijados en el presente, sin pensar en un límite inherente a la existencia lleva consigo, según Heidegger, a que ocultemos aquello que verdaderamente caracteriza nuestra esencia: que somos seres finitos y obligados a proyectarnos hacia un futuro de suyo incierto e igualmente finito. Reconocer lo anterior, permite acercarnos a aquello que él denomina la temporalidad “auténtica”. La experiencia auténtica del tiempo implica para Heidegger el reconocimiento de que nuestro ser no se agota en su aquí y ahora, sino que más bien consiste en un “ser posible” y que desde sí mismo debe determinar sus proyectos, deseos, etc. Para Heidegger el fenómeno que paradigmáticamente evidencia la finitud de la existencia radica en la certeza sobre la muerte. La certidumbre sobre la posibilidad de la muerte constituye el límite más radical de cualquiera de nuestras pretensiones de inmortalidad. Sin un genuino *memento mori*, un

recordar que morimos un poco cada día, que nos permita asumir la finitud de nuestra existencia, aquel límite certero queda oculto. El énfasis sobre la importancia de una reflexión sobre la muerte tiene por objeto asumir que en tanto existimos, somos seres moribundos y, por tanto, desde esa mirada es preciso reevaluar el peso de nuestras decisiones. Así, la meditación heideggeriana sobre la muerte, como reconocimiento de la finitud, se instaura como condición de posibilidad de que cada uno de nosotros asuma su propia singularidad; repensar desde esa particularidad intransferible la importancia de decidir sobre la orientación de la propia existencia.

Si consideramos el análisis heideggeriano de la temporalidad que ha sido expuesto, podemos entender mejor porqué impactan a nivel vital los resultados de riesgo en la mayoría de las personas. La mayoría de quienes se hacen los diagnósticos preventivos, se sienten sanos, viven en una temporalidad centrada en el presente, inauténtica en términos heideggerianos, donde la idea de la finitud de la propia existencia no es un pensamiento realmente actual. La salud se les presenta bajo la forma de tener tiempo de planear sus vidas, sus vacaciones, sus ocupaciones, tal y como puedan y/o deseen administrarlos. Ahora bien, los resultados negativos o sospechosos de pruebas preventivas justamente provocan un quiebre en la obviedad de aquel “tener tiempo” y que se tenía hasta ese momento. Pues de un momento a otro, el “paciente sano” es confrontado con una posible obstrucción del curso actual y posiblemente del plan de vida que tenían. En mi opinión, la situación de crisis vital que les acontece es comparable con la meditación heideggeriana sobre la muerte; en ambos casos, la persona se encuentra frente a la pregunta capital sobre el sentido de su vida, sus decisiones y por supuesto, sobre sus planes e intereses vitales más fundamentales. El verse confrontados “de ante mano” con la posibilidad de un límite para con la vida actual es lo que acongoja a los “nuevos enfermos”. El mismo Rubinstein pareciera llegar a la misma conclusión: “La consecuencia psicológica que tiene el tiempo de *anticipación diagnóstica*, es, a mi juicio, la principal desventaja de la medicina preventiva”¹⁷.

Así, un significado vital que se tiene de la salud, independientemente de las actuales teorías que existen al respecto, tiene que ver con la manera concreta en la que las personas viven y asumen el

tiempo en su existencia. Esto implica que la *salud*, además de ser muchas cosas, también es *tiempo*, por lo que una crisis con respecto a la salud tiene que ver con una forma en la que ha cambiado nuestra percepción y relación vital con el tiempo.

Conclusiones

Exponer sobre el fenómeno del ‘paciente sano’ y sus problemas éticos, nos permite además interpretarlo como resultado de la tensión contradictoria entre el objetivo perenne de la medicina (mantener y promover la salud de las personas) y la creciente preocupación por la salud de la medicina preventiva. Como se argumentó, el principal conflicto que surge con saber anticipadamente sobre posibles riesgos o predisposiciones a enfermedades futuras, es la posible patologización temprana de la salud, justamente en cuanto ésta es vista como un estado condicionado. Dicho condicionamiento, así como el posible sufrimiento que traen resultados negativos de las prácticas preventivas, ponen a su vez de relieve la relación entre salud y tiempo. Considerando el análisis expuesto, es imprescindible concluir dos cosas:

A) Por un lado, es tarea fundamental tener claridad de que la enfermedad, así como la conciencia anticipada sobre la muerte, son instancias paradigmáticas en las que se expone nuestra vulnerabilidad y finitud, ambos elementos inexorables de nuestra *conditio humana*. Por lo tanto, los recursos tecnológicos de la medicina preventiva, si bien pueden traer consigo nuevos conflictos éticos, finalmente éstos no hacen más que confrontar a las personas con una meditación que por diversos motivos se mantiene como un saber entre paréntesis en nuestras vidas. Así, la medicina preventiva no sólo puede generar conflictos en el “paciente sano”, sino también -considerando justamente la reflexión heideggeriana del tiempo- servir como oportunidad para el crecimiento existencial en cuanto la persona es confrontada con sus propios límites. En este sentido, el rol del médico tiene una función primordial al momento de informar a sus pacientes sobre el espectro de posibilidades que implica acceder a prácticas preventivas: aceptar que en cuanto sujetos finitos y vulnerables, los resultados, independientemente de si son positivos o no, obligan a que la persona esté al tanto de que

será confrontada con esa finitud y que debe desde ya tomar postura ante ello. También obliga a los médicos a esclarecer que los riesgos son siempre a nivel poblacional, estadísticos y que en la mayoría de las ocasiones no permiten dar un pronóstico certero sobre cuándo, si, y en qué grado la enfermedad en cuestión pueda manifestarse en el caso individual¹⁸.

- B) Por otra parte, desde el punto de vista conceptual, y en cuanto las prácticas preventivas tienen por fin dar conocimiento de la salud de forma *anticipada*, es inevitable que todos los resultados que éstas implican tengan un carácter condicionado. Si tras conocer que se tiene un nivel elevado de colesterol en la sangre, se recomienda seguir una dieta determinada y acudir a un control médico posterior para controlar el riesgo; dicha prescripción evidentemente condiciona la salud actual de la persona. Ahora bien, lo capital está además en reconocer que la medicina preventiva condiciona de *modo adicional*, lo condicionada que *de suyo* ya está la salud. La medicina preventiva, tal como la definición ofrecida por la OMS de la salud, se orienta a un concepto *ideal* de salud¹⁹. El supuesto que guía el quehacer médico preventivo radica en que el “paciente sano”, es quien, *estando* sano actualmente, siguiendo determinadas prácticas médicas puede seguir *conservando* su sanidad. Lo anterior, demuestra justamente un problema interno de la medicina preventiva a nivel conceptual. Pues a diferencia de la medicina curativa que indica un determinado tratamiento médico para retornar a un estado de salud carente, la medicina preventiva no tiene por objeto restaurar la salud, sino mantenerla y potenciarla. Evidentemente, esto demuestra que el concepto de salud que guía su hacer no es restaurar una salud faltante, sino potenciar al máximo la salud. El concepto de salud en la medicina preventiva es más ambicioso y, por tanto, más difícil de acotar, pues en ella subyacen ideas de “optimización” y “perfeccionamiento” de la salud. Dado que esta orientación optimizadora también puede encontrarse en prácticas médicas no terapéuticas controvertidas (operaciones estéticas, doping cerebral y/o deportivo, etc.)²⁰⁻²², cabe al menos cuestionarse sobre la validez normativa de un concepto idealizado de salud.

Agradecimientos: Se agradece a los revisores anónimos y al editor de la Revista Médica de Chile por los aportes, críticas y comentarios al texto.

Referencias

1. Die Zukunft der genetischen Diagnostik -von der Forschung in die klinische Anwendung. Informe del Consejo Alemán de Ética [Deutsche Ethikrat] Online: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-zukunft-der-genetischen-diagnostik.pdf> (consultada el 6 de julio de 2017).
2. Schöps C. Bin ich wirklich krank?. De 26. Januar 2016 DIE ZEIT Nr. 50/2015 Online: <http://www.zeit.de/2015/50/diagnose-krankheit-aerzte-psychologie> (consultada el 6 de julio de 2017).
3. Golden-Grant K, Merritt JL, Scott CR. Ethical considerations of population screening for late-onset genetic disease. Clin Genet. 2015 Dec; 88 (6): 589-92. doi: 10.1111/cge.12566. Epub 2015 Mar 15.
4. Rubinstein E. *Los nuevos enfermos*. Barcelona, España: Ned Ediciones; 2016.
5. Real Academia Española/Edición del Tricentenario. Online: <http://dle.rae.es/> (consultada el 26 de mayo de 2017).
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press; 2012.
7. Jonas H. *Technik, Medizin und Ethik: Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Fráncfort del Meno, Alemania: Suhrkamp; 1987.
8. Aurenque D, Friedrich O, Editoras. *Medizinphilosophie oder philosophische Medizin? Philosophisch-ethische Beiträge zu Herausforderungen technisierter Medizin*. Tubinga, Alemania: Ed. Fromann-Holzboog, 2013.
9. Ilich I. The medicalization of life. J Med Ethics 1975; 1: 73-7.
10. Zola IK. Medicine as an institution of social control. Sociological Review 20; 1972: 487-504.
11. Conrad P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Estados Unidos: JHU Press; 2008.
12. Rose N. Beyond medicalisation. Lancet 2007; 369 (9562): 700-2.
13. Verweij M. Medicalization as a moral problem for preventative medicine. Bioethics 1999; 13 (2): 89-113 (traducción de la autora).
14. Rubinstein E. *Los nuevos enfermos*. Barcelona, España: Ned Ediciones; 2016, 65.
15. Rubinstein E. *Los nuevos enfermos*. Barcelona, España: Ned Ediciones; 2016, 54-5.

16. Heidegger M. *Sein und Zeit*. Tubinga, Alemania: Max Niemeyer Verlag 1927; traducción al español por E. Rivera. *Ser y tiempo*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria; 2015, 272-88.
17. Rubinstein E. *Los nuevos enfermos*. Barcelona, España: Ned Ediciones; 2016, 65.
18. Schmitz D, Wiesing U. *Ethische Aspekte der genetischen Diagnostik in der Arbeitsmedizin*. Colonia, Alemania: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.
19. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Online: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> (consultada el 6 de julio de 2017).
20. Sandel MJ. *The Case Against Perfection. What's wrong with designer children, bionic athletes, and genetic engineering*. Harvard: Estados Unidos: Harvard University Press; 2004.
21. Harris J. *Enhancing Evolution: The Ethical Case for Making Better People*. Princeton, Estados Unidos: Princeton University Press; 2010.
22. Buchanan A. *Better than human. The promise and perils of enhancing ourselves*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press; 2011.