CONOCIMIENTO Y RIESGO EN BIOMEDICINA

JOSÉ LUIS GONZÁLEZ QUIRÓS
Instituto de Filosofía-CSIC
jlgq@ifs.csic.es

La naturaleza ha establecido patrones que rigen la repetición de acontecimientos, pero sólo en la mayoría de los casos.

Leibniz a Jacob Bernouilli en 1703[1]

Que para animosas almas
Son las penas y los riesgos

Guillén de Castro[2]

Resumen: En la práctica sanitaria se da la confluencia de los mayores poderes (políticos, económicos y tecnológicos, puesto que la biología es la ciencia del momento desde el punto de vista presupuestario) con las mayores carencias y debilidades sociales y personales, y es, por tanto, un lugar en el que, inevitablemente, tenderá a asentarse una peculiar percepción del riesgo y a crecer la frustración. Se trata, en efecto, de un escenario en el que, de múltiples maneras, se pone en juego la relevancia respectiva de los poderes y de la conciencia de cada cual, un ejemplo claro, en cualquier caso, de cómo, en lo que se refiere a nuestra salud y bienestar, hemos acabado pasando, en un proceso histórico no excesivamente largo, de las manos de la caridad y la religión a las del poder anónimo del sistema sanitario, el dinero y la tecnología.

[1] Atribuido por Bernstein, Peter L., (1996), que lo toma de Keynes (1921) (*motto* del capítulo XXVIII).

[2] *Del Rey abajo, ninguno*, versos 1631-1632. Me parece necesario resaltar la connotación positiva de *riesgo* en este verso. La modernidad consiste en atreverse con el riesgo, su desencanto en comprender que existían costes ocultos y riesgos imprevisibles e inevitables una vez que se inicia la aventura.

Abstract: In the sanitary system it comes together the greater powers (politicians, economic and technological, since biology is the science of the moment from the budgetary point of view) with the greater deficiencies and weaknesses social and personal, and are, therefore, a place in which, inevitably, a peculiar perception of the risk will tend to be based and to grow the frustration. One treats, in effect, of a scene in which, of multiple ways, the respective relevance of the powers and the conscience of everyone is put into play, a sure example in any case, of how, in which one talks about to our health and well-being, we have ended up happening, in an historical process not excessively long, from charity and religion to the anonymous power of the sanitary system, the money and the technology.

El sistema sanitario constituye un lugar en que confluyen un conjunto de prácticas sociales (que alcanzan un fundamento legal y que constituyen un subsistema de poder muy específico) que dependen de las ideas sobre la salud, la higiene, la felicidad y la seguridad[3], y una serie de saberes de índole científica que es lo que hoy día conocemos como biomedicina, nombre que, como ha subrayado Toulmin (2001, 233), es corriente desde hace solo unas décadas. La interacción de ambos entornos constituye el escenario bullicioso y problemático de los sistemas de sanidad y da lugar a uno de los ámbitos de discusión en los que la presencia y el peso de la opinión publica es cada vez más determinante y en los que, consecuentemente, se libran auténticas batallas de imagen en función de los muy importantes intereses comerciales que se encuentran en juego[4]. Se trata pues de un terreno en el que se hacen muy necesarios estudios de índole axiológica.

El objetivo de este escrito es una consideración general de la clase de problemas que dependen de la forma en que se establece la relación entre la conveniencia de impulsar el progreso del conocimiento biomédico y los valores que se han de respetar en el ámbito preci-

[3] Asuntos sobre los que se interesan multitud de saberes pero de los que ni tenemos ni podremos tener ciencia cierta en la medida en que dependen de decisiones libres de los sujetos. Como dice Lewonthin, (2001, 176) «La verdad sobre el alcoholismo, la violencia y el divorcio es que no conocemos la verdad.[...] Aceptar el mensaje de la ignorancia científica, y todo lo que esto implica, requiere sin duda coraje moral».

[4] Por ejemplo, recientemente el *New England Journal of Medicine* se hacia eco de la dificultad existente para encontrar *referees* con garantía de independencia en el ámbito de la psiquiatría. Más recientemente ha trascendido a la opinión pública el hecho de que algunos laboratorios farmacéuticos han estado pagando a ciertos científicos de prestigio para que firmasen determinados artículos.

so de los sistemas de salud a la hora de considerar los riesgos específicos de las distintas acciones. No se trata, ni siquiera primordialmente, de un conjunto de problemas éticos, aunque estos no escaseen: lo que está en cuestión es el fundamento mismo del conjunto de prácticas que configuran la atención médica, es decir, se trata de poner a la luz los problemas que afectan a la legitimidad misma de las instituciones con capacidad para definir las *verdades* sobre las que se edifica ese conjunto bien preciso de procedimientos que constituye la practica medico sanitaria, ideas sobre cuyo fundamento es siempre bueno interrogarse.

El desarrollo de los sistemas sanitarios y de los saberes biomédicos se atiene a lógicas y ritmos distintos, pero existen influencias entre uno y otro (y en ambos sentidos). El interés especial que tiene el estudio de sus interacciones deriva de que en ellas se desenvuelve la polémica confluencia de los mayores poderes (políticos, económicos y tecnológicos: no olvidar que la biología es la ciencia del momento desde el punto de vista presupuestario[5]) con las mayores carencias y debilidades sociales y personales, y es, por tanto, un lugar en el que, inevitablemente, se asentará la frustración. Se trata, en efecto, de un escenario en el que, de las formas más intrincadas y sofisticadas, está continuamente en juego la relevancia respectiva de los poderes y de la conciencia de cada cual, un ejemplo claro, en cualquier caso, de cómo, en lo que se refiere a nuestra salud y bienestar, hemos acabado pasando, en un proceso histórico no excesivamente largo, de las manos de la caridad y la religión a las del poder anónimo del sistema sanitario, el dinero y la tecnología[6]. Sin embargo, si nos ponemos a *cuantificar* la salud, es claro que deberíamos comenzar con la constatación de Porter (1998, 3): tenemos más salud que nunca pero también mayores neurosis que nunca con la salud y mayores quejas que en cualquier otro momento del pasado.

El examen de la situación contemporánea de los saberes biomédicos desde el punto de vista de los riesgos inherentes a sus diagnósticos y

[5] Según lo ha visto Lewonthin, (2001, 13), «Nada ilustra mejor este cambio de prioridades que la cancelación por el Congreso de Estados Unidos del proyecto, inmensamente costoso, del supercolisionador de partículas, con el que se pretendía descubrir los últimos bloques que forman toda la materia, mientras aprobaba el Proyecto Genoma Humano, también inmensamente costoso, que pretendía describir la compleja secuencia de ADN que, según se dice, forma al ser humano» .

[6] Otra manera de decirlo es la de Foucault, (1966, 276): «La enfermedad se desprende de la metafísica del mal con la cual, desde hacía siglos, estaba emparentada».

a las terapias que implican ha de hacerse, en cualquier caso, desde esta perspectiva de desconfianza en lo que se dice que se sabe y en lo que se asegura que se puede hacer pero, a la vez, dando por sentado que esa clase de recursos representan la sola esperanza de la mayoría: de ahí la irritación con sus fallos y el temor que nos inspira tener que sujetarnos a su arbitrio. En estos menesteres, el riesgo no se presenta ahora como el correlato de una aventura sino que aparece más bien como el precio que hemos de pagar por ponernos en mano de situaciones y procesos que no conocemos bien ni estamos seguros de poder detener ni controlar.

Vincular conocimiento y riesgo supone subrayar que, desde un cierto punto de vista, el riesgo comparece cuando se asume el saber como un progreso hacia lo desconocido, como un desvelamiento de algo que, en cierto modo, una vez al descubierto, puede vengarse o ponernos en un aprieto. El que se arriesga a saber concita de algún modo los peligros que están ocultos por el velo de la ignorancia. El *sapere aude* expresa, pues, no sólo una recomendación ilustrada sino también una verdad profunda. La valoración contemporánea de la ciencia y de la tecnología dista mucho sin embargo de ser la que surge de este análisis tan básico. Ha variado de forma muy notable el telón de fondo en el que hay que inscribir toda esta serie de cuestiones: la crisis de fiabilidad de la ciencia[7], por un lado, y, por otro, la multiplicación casi hasta el infinito de las más variadas opiniones con un cierto aura de veracidad y de respetabilidad (lo que aunque en cierto modo se puede derivar de la crisis de credibilidad de la ciencia la acentúa a su vez) pero con el no pequeño inconveniente de resultar incompatibles

[7] Para Queraltó, (1996, 19-46) «Desde hace ya algunos lustros la ciencia se ha convertido en objeto de sospecha. No parece al hombre contemporáneo que el conocimiento científico sea el camino de resolución de los problemas acuciantes de la existencia humana, como sucedía hasta hace poco tiempo. Se mira ahora con extraordinaria incredulidad aquella confianza que el hombre ilustrado y sus herederos tenían puesta en los logros de la razón científica, considerando poco más o menos que el progreso conocimiento humano desarrollado por la ciencia debla ser lineal. Las causas de esta situación son variadas (...) Por un lado, las consecuencias de la crisis de fundamentos sufrida por la que en su momento se consideró el modelo de las ciencias, esto es, la física; por otro, las aplicaciones científico-técnicas que han desembocado en la posibilidad efectiva de destrucción del planeta, sea de forma progresiva por ruina ecológica o sea por un desastre nuclear. Ambos motivos, dejando de lado otros que aquí nos interesarían menos, convergen, en la mentalidad del hombre contemporáneo, para mostrar un escepticismo –a veces incluso un rechazo– respecto de las virtualidades contenidas en el desarrollo científico a fin de conseguir el bienestar posible del hombre a lo largo de su existencia».

unas con otras ante cualquier lógica mínimamente exigente. La lucha por la ciencia que busca supuestamente cercar o evitar la muerte, acabar con las formas de la finitud, se encuentra paradójicamente en la raíz de numerosas amenazas y miedos porque su fiabilidad es frágil al estar cuestionada tanto en su eficiencia como en la solidez de sus fundamentos.

El significado histórico de la noción de riesgo ha experimentado una serie de alteraciones que se reflejan, de algún modo, en la etimología y la historia de la propia palabra. Como se puede ver en el verso de Guillén de Castro que encabeza estas líneas, el riesgo aparece unido a la búsqueda de una ventura, de un bien, es algo, que merece la pena arrostrar o, como diríamos ahora, valioso, positivo. Esa consideración del riesgo ha desaparecido casi por completo (dejando un uso de connotaciones muy negativas para el término *riesgo*, salvo tal vez en la denominación de *deportes de riesgo*) para ser sustituida por un percepción temerosa y muy negativa, de algo que se parece más a una amenaza que a un reto.

El riesgo que suscita temor no es un riesgo activo que acompaña a una audacia insolente, sino el riesgo pasivo que nos victima por causa de intereses de otros. En la percepción contemporánea del riesgo se trata, pues, de padecer un trance cuyas consecuencias no podemos determinar ni escoger, que no somos capaces de medir ni de calcular, el riesgo de algo que se nos escapa por completo. Ese es el punto de partida desde el que se consideran y valoran los riesgos que parecen asaltarnos en cuanto ponemos el pie en cualquiera de los amedrentadores recintos del sistema de salud.

Un mínimo examen de las cuestiones conexas con esta clase de amenazas ligadas a las prácticas biomédicas hace imprescindible la indagación en tres escenarios teóricos distintos. En primer lugar el telón de fondo de tipo cultural, en especial las ideas al respecto de los teóricos de la *sociedad del riesgo* que subrayan cómo nos hemos ido desplazando de las sociedades industriales a sociedades definidas por la generación de nuevas incertidumbres en un escenario de individualismo creciente y de cambios básicos (que, generalmente, no son enteramente fruto de una decisión previa, sino que pueden ser considerados también en tanto efectos de los *costes ocultos* de determinadas decisiones previas). En segundo lugar, hay que dedicar una cierta atención al análisis empírico de los datos relativos a los escenarios, situaciones y motivos de riesgo, lo que nos acerca más a lo que podríamos llamar la

manera anglosajona de pensar el riesgo que a la teoría de la *sociedad del riesgo* de matriz alemana. Por último, hay que llevar a cabo un análisis específico del sistema sanitario en tanto se ha convertido en un sistema fundamentalmente basado en la ciencia y en la tecnología, en dos de los motivos clave que definen nuestras sociedades como *sociedades de riesgo* según el análisis beckiano. El trato que las distintas sociedades reservan a la enfermedad y el dolor, la autoridad de que están investidos los protagonistas del saber médico, la relación entre las personas y las instituciones clínicas y terapéuticas y la propia noción de enfermedad son cuestiones que han experimentado alteraciones sustantivas que deberán ser tomadas en consideración a la hora de trazar una imagen de lo que significa específicamente el riesgo en este terreno.

I. *Sociedad del riesgo*, como caracterización de la sociedad contemporánea

Al trazar un sucinto panorama cultural de la sociedad contemporánea hay que decir que, parafraseando a Ortega, lo que nos pasa es que no sabemos qué nos pasa, que hay tantos diagnósticos (y tantas recetas) que esa misma abundancia de doctores es uno de los mejores descriptores del problema, sea cual fuere. Cabe, sin embargo, hacer una especie de vaciado de la mayoría de esos diagnósticos sin estimaciones causales, de manera que obtengamos un cierto paisaje del caso. Cabe comenzar esa teoría de síntomas por la conciencia de extravío y pérdida, tanto de la naturaleza como respecto a la tradición: puede considerarse, adicionalmente, como el más curioso de los rasgos el hecho de que la sociedad occidental, que carece de referencias metafísicas y religiosas, haya hecho de esa falta de anclajes un motivo de consenso, cuando no un título de gloria. En cualquier caso, si se trata de una *pérdida* es una pérdida muy peculiar: ni es un abandono expreso, ni un eclipse por la presencia de dioses más poderosos (tal vez el dinero, y el narcisismo), ni en realidad nadie sabe cuando han ocurrido exactamente tales cambios (y como consecuencia, el debate de la modernidad y de sus crisis es muy espeso, sin que sepamos si esta operación de sustitución se ha llevado a cabo a manos de la filosofía y de la *ilustración* o a manos de la ciencia y de la tecnología, en la medida en que podamos distinguir ambos procesos).

Veamos ahora algunos rasgos que nos diferencian claramente de otras épocas. Tras la modernidad, se ha producido, especialmente en la práctica, una reformulación muy radical de las ideas sobre la *naturaleza* humana en la que el sentimiento ha resultado primado frente al intelecto (cosa que hay que atribuir no tanto a Heidegger como a Schopenhauer y Nietzsche y luego a los *americanos* de la *inteligencia emocional* y otros epígonos), aunque Descartes, que suele ser el blanco con el que se contrasta el nuevo énfasis, no descartaba el mundo entorno humano sino que lo describía desde lo que le parecía ser su centro epistémico[8]. Coherentemente con esta mutación, se ha privilegiado el papel del deseo y de la voluntad frente a la apuesta por la intelección de los *signos* (la idea de que la realidad desvela algo trascendente a ella misma) y la aceptación de lo dado, frente al reconocimiento de las limitaciones o la adopción de estrategias de adaptación. La innovación, en todos los terrenos, como estrategia permanente ha sido la consecuencia de todo ello[9] y, en la medida en que esta actitud se considera como una liberación frente a ataduras del pasado parece más indeseable y desconcertante la aparición de riesgos, de *ataduras en el futuro.*

La autodeterminación frente al destino, ha privado a la muerte de cualquier sentido, la ha desconectado de la vida (por eso la muerte se oculta) y nos ha llevado a considerar que la vida nada tiene que aprender de ella. Por curioso que pueda parecer, esa liberación de ataduras se ha podido acordar mejor con ideas sobre nosotros mismos que nos presentan como un ser mecánico, fruto del azar, destronado de cualquier singularidad que como seres dotados de una precisa naturaleza más o menos inteligible. La libertad se desea y se vive como liberación, deja de ser una condición de la responsabilidad (que es como se introdujo desde el punto de vista histórico).

8 El darwinismo ha sido, también en esto, un elemento decisivo. Desde un punto de vista darwiniano la inteligencia no puede ser sino una capacidad de adaptación, carece enteramente de sentido que hablemos de ella con palabras que impliquen un poder o un fundamento más amplio. Y, puestos a elegir, a la hora de juzgar sobre adaptaciones mejor es un buen sentir que un mal argumento.

9 Popper ha subrayado que la innovación en el terreno de las explicaciones fue el gran invento de los griegos, lo que Ortega llamaría la tradición de la intradición, pero esa innovación era perfectamente compatible con la idea de que hay algo más allá de nuestra capacidad de innovar que es regla a la que remitir los valores de nuestro conocimiento, en último término las ideas de realidad y de verdad.

Por su parte, la depauperación de la tradición ha desdibujado el horizonte en el que era operativo el *límite* (un horizonte revelador) al considerarse un límite excesivo, injustificado, mítico, un obstáculo que, al menos aparentemente, deja de existir si no se acepta. El rechazo histórico de la tradición (que es fruto de la idea de cambio y del valor de progreso) arrastra consigo la idea de la naturaleza como algo dado, incluso como un libro en el que leer para pasar a ser un peldaño de la voluntad de autodefinición, de afirmación, de poder. La experiencia de lo que personalmente se comprende, el cálculo y la audacia sustituyen prácticamente a la actitud de respeto a lo establecido, a lo que digan los mayores, a la tradición misma del saber.

Es interesante interrogarse por el estatuto de los conceptos vigentes respecto a lo que está en el *límite*. Cualquier clase de límite es condición de inteligibilidad de lo que limita y su manejo afecta de manera poderosa a las ideas que nos hacemos sobre aquello que, al menos aparentemente, no está bajo su jurisdicción. El caso de mayor interés es el que afecta al límite del saber como tal, al aspecto epistémico de todo límite. Entre lo que sabemos con certeza y lo que claramente ignoramos hay una zona de sombra, un terreno pantanoso y sin mapas precisos en el que se cruzan las aportaciones de la ciencia y los dictados de la autodefinición.

Ambas funciones (ciencia, autodefinición) tienen sus propios entornos de límite. El límite de la ciencia tiende a ser ignorado, mediante la imaginación y las ilusiones de saber, se sueña colocado mucho más allá de donde efectivamente se encuentra. Hay dos razones poderosas para ello: en primer lugar, la ciencia es un proceso en marcha y como ocurre en todo proceso que se pretenda controlar, su sentido viene definido por su objeto, algo que se halla más allá del espacio que efectivamente se ocupa. No decimos saber lo que efectivamente sabemos sino lo que buscamos saber porque la ciencia es un mirador y desde ella nos asomamos a lo que queremos ver y aún no vislumbramos con claridad. Ese *queremos* es, casi siempre, engañoso, pero es el motor de la esperanza, y no se entrega su control a un escéptico. La segunda razón que nos lleva a magnificar nuestros dominios es de tipo comercial y financiero: la tarea es cara y nadie pagaría para saber lo que ya sabemos o para seguir donde estamos. Como consecuencia de ello, a la ciencia le pasa también lo que a los adivinos, que es escuchada cuando pronostica y olvidada cuando el pronóstico no se cumple porque siempre hay otro nuevo que anunciar. En este contexto no

estará de más anotar que la ciencia está llegando a una situación muy semejante a la de la competición atlética: es necesario organizar un siglo de olimpiadas para que el record de los cien metros baje unas décimas de segundo[10].

El impulso de autodeterminación tropieza con la naturaleza-antes-de-concepto, un *quid ignoti* (la *realidad*) que, en lo que a los humanos se refiere, se manifiesta en forma de ciertas limitaciones básicas: el dolor, la soledad y la incomunicación, la enfermedad y la muerte. Desde otro punto de vista, el impulso de autodeterminación también tropieza con la sociedad, con el poder que se manifiesta como voluntad de ocupar una posición, como territorio simbólico de lo *vedado* (no de lo *prohibido* que apenas existe en una sociedad permisiva[11]). La noción de *sociedad reflexiva* significa, entre otras cosas, que no tiene sentido suponer (contra lo que afirma la religión) que los fines de la vida estén dados: lo único que hay es el deseo y la voluntad, que son aparentemente espontáneos e infinitamente auto-flexibles, que nunca nos llevan la contraria. No hay nada externo que merezca veneración y respeto (salvo, tal vez, el esquema tenebroso descrito por Orwell, que hace que la gran política sea un tanto incomprensible, y ese recuerdo de la benevolencia universal que se ha refugiado en lo que se llama lo *políticamente correcto*).

Una de las consecuencias de ese deseo de autodefinición y de la pretensión de implantar un orden presidido por el deseo y la ausencia o eliminación de obstáculos es una actitud de rechazo de la ambivalencia[12]. Esto es, sin embargo, casi completamente imposible, tanto

[10] En el caso concreto de las cuestiones de salud, como dice García Alonso (2001,6), «da la impresión que los progresos en biomedicina comportan resultados muy modestos sobre la salud, y que no se esperan grandes cambios en los próximos 25 años. Para entender esta paradoja hay que aceptar que a finales de los años 60 asistimos a un aplanamiento en la curva que media la mejoría en la salud. El incremento del nivel de vida (en Occidente) que se produjo en aquella época y los descubrimientos como la penicilina, la vacuna de la polio o la clorpromazina, parecen irrepetibles. Los progresos en salud en los años 80 y 90 fueron debidos al desarrollo de nuevos tratamientos y enfoques de la enfermedad, más por aposición de conocimientos que por el descubrimiento abrupto de nuevos conceptos».

[11] Puede verse la digresión sobre las diferencias entre estos dos términos en D'Ors (2001).

[12] (Bauman 1996, 82) «La práctica típicamente moderna, la substancia de la política moderna, del intelecto moderno, de la vida moderna, es el esfuerzo por exterminar la ambivalencia: un esfuerzo por definir precisamente –y por ahogar o eliminar algo que podría o debería ser definido–. La práctica moderna no apunta a la conquista de tierras

en la teoría como en la práctica. Frente a esa imposibilidad reaccionamos tratando de imponer una racionalidad sin contrapartidas en la que nada se oponga a nuestros análisis y determinaciones, lo que tampoco puede hacerse sin costes de manera que apostamos por vivir como si la contradicción lógica supusiera la eliminación de las oposiciones reales: «Vivimos en el mundo del *y* pensamos con las categorías del *o* esto *o* aquello» (Beck 1996, 227).

La verdadera dificultad con la que nos tropezamos en este orden de cosas reside en la contradicción que se deriva del hecho de que constituimos una sociedad de individualistas gregarios, de lo que podríamos llamar *solipsistas de masas*, una sociedad en la que todos queremos que las cosas se acomoden a nuestros deseos pero en la que nos encontramos con las casi infinitas dificultades que nos plantea el hecho de que otros miles de millones de sujetos de nuestra misma estirpe están también exigiendo un mundo a su medida. La sociedad se convierte así, en el obstáculo último frente a todas las sofisticaciones y jeribeques del deseo. Frente a ese poder real, más amplio y difuso que ninguna esfera puramente política, es frente al que se pide igualdad (más que libertad, una igualdad que permita ser el que se quiera) lo que supone una contradicción psicológica profunda: la igualdad anularía la emulación y el estímulo de la libertad, el sentido mismo de la diferencia[13].

Aunque se pretenda una soberanía del deseo, no se consigue eliminar una doble fuente de miedos: en primer lugar los que se derivan de la visión de la naturaleza como un recurso escaso y como un poder que se rebela frente a la imposición de formas ajenas. Es el miedo que anida en la ecología como cosmovisión. En segundo lugar el miedo a la soledad social que se presenta como un presagio, y a la vez un *ersatz*, de la muerte. Muchos analistas han visto, siguiendo la inspiración de Nietzsche, que la estética se convierte en la salida de este laberinto conflictivo entre el deseo y la sociedad, entre la libertad y el miedo[14].

del exterior, sino a la necesidad de llenar puntos en blanco en el *completa mapa mundi*. La práctica moderna, no la naturaleza, es la que experimenta la no existencia del vacío».

[13] Esta oposición entre libertad e igualdad no se trae aquí a colación para justificar la posición liberal que siempre ha visto una oposición entre ambas vocaciones, sino para mostrar el carácter contradictorio que forzosamente amenaza a cualquier sociedad que se apoye únicamente en los deseos de los individuos que la componen, para mostrar el carácter paradójico de la fusión del solipsismo moral y la masificación social.

[14] (Beck 1986, 49) «Después del nihilismo, no acabamos en el sentimiento de vacío, sino en el esteticismo». (Bauman 1996, 109) «En el mordaz apunte de Cynthia Ozick:

II. Beck, Lash, Baumann, Luhmann, Giddens: *sociedad del riesgo*

El marbete de *sociedad del riesgo* ha aparecido numerosas veces en los últimos años en los análisis de los sociólogos críticos, de aquellos que han abandonado, lógicamente, las sugerencias antisistema de las escuelas de la izquierda socialista pero quieren seguir poniendo de manifiesto, como es aún más lógico, las inconsecuencias y fealdades de la sociedad capitalista contemporánea. Giddens es, de lejos, el más templado de los críticos de este tipo, el que está más cerca de las evaluaciones empíricas de la *risk theory* pero al que también interesan las críticas de los sociólogos más descontentos como muestra del profundo calado de las consecuencias de la globalización y de la insuficiencia del pensamiento político liberal clásico.

De acuerdo con la definición de *sociedad del riesgo* que da Beck (1996, 201), «este concepto designa una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la que a través de la dinámica de cambio la producción de riesgos políticos, ecológicos e individuales escapa, cada vez en mayor proporción, a las instituciones de control y protección de la mentada sociedad industrial». Es muy importante la contraposición entre *escapar* y dominar: Beck parece añorar una sociedad universalmente establecida mientras que, por el contrario, el análisis convencional de quienes gestionan los riesgos no pretende anularlos, sino preverlos, calcularlos e integrar sus efectos previsibles en un sistema de cálculo de costes. La afirmación de Luhmann (1996 a, 128) según la cual «no hay concepto alguno del riesgo que pudiera satisfacer las pretensiones científicas», pone de manifiesto también ese mismo sentido crítico y global de sus análisis.

Puede decirse que, en general, la intención de estos críticos es la de sustraer un campo a la tecnología y devolverlo a la política, a la dialéctica de ideas. Ello supone hacerse una idea de la naturaleza de los controles políticos que se deberían arbitrar para juzgar sobre los desarrollos tecnológicos. Esta es una cuestión abierta y muy relacionada con el *corazón* de lo que venimos hablando. Toda la regulación de la sanidad está envuelta, por ejemplo, en la presunción de que, cuando se produce una catástrofe, hay, por un lado, procedimientos legales y, por otro, aparatos o circunstancias asesinas.

«La solución final dada por Alemania fue estética; se trató de un trabajo de edición, donde el artista eliminó lo amorfo, lo que no era armonioso».

La mayor dificultad para encontrar una fórmula democrática de control de estos asuntos reside en que, casi por definición, quienes están en condiciones de decidir no están en condiciones de juzgar y es casi inevitable que sean, en uno u otro grado, víctimas de presunciones sin fundamento y de campañas de intereses. Lo mismo sucede con la casi totalidad de los asuntos en los que está implicada la investigación avanzada. Puede bastar el ejemplo del «genoma» para examinar el alcance del argumento general: los gigantescos fondos destinados (incluso entre nosotros) a satisfacer las demandas de los promotores de ese proyecto faraónico se dieron sobre la base (que con toda probabilidad resultará ser falsa de hecho) de que esa empresa serviría para alcanzar todo lo que fuera necesario saber para perfilar el método definitivo en la curación de cualesquiera clase de males. No cabe negar legitimidad al proyecto de discutir democráticamente las distintas opciones tecnológicas, pero hay que ser muy conscientes de las dificultades de la empresa, para intentar controlarlas.

Aunque las posiciones de estos autores son bastante plurales, puede hacerse un cierto retrato de conjunto con las notas que predominantemente suenan en sus críticas. Entre las características señaladas comúnmente están las siguientes:

1. Nuestras sociedades son post-tradicionales, han roto las amarras de legitimidad ligadas a la permanencia de instituciones e ideas, a la tradición. Como dice Giddens (1994, 1-2) se trata de salir del *agujero del pasado*, de encontrar nuevos factores de estabilidad porque no nos sirven las recetas del ayer, lo que configura una posición estrictamente contraria a la de Burke. Se hace necesario subrayar que cualquier abandono de la tradición (de toda tradición) nos arroja a los riesgos de la invención, es decir, que se rechazan y abandonan instituciones más o menos inmemoriales sin que esté claro el balance favorable de las novedades que se imponen en su lugar, novedades que se lucran, precisamente, de su carácter de tales, sin que se tenga certeza de que no se habrá de pagar, por ejemplo, un alto precio en virtud de los costes ocultos de lo que se *inventa*.

Las causas de que pase lo que quiera que esté pasando con eso (con la intimidad, con los ideales y objetivos de autorealización, con todas las exaltaciones del yo individual y todas las roturas del yo tradicional/religioso/colectivo, un viejo tipo de yo muy parecido al yo de los seguidores de Ibn Laden) se remontan, por lo menos, al siglo XVII y a las guerras de religión. Es evidente que, por ejemplo, las modifica-

ciones del entorno laboral y profesional (como diría Deleuze, en el paso de la *fábrica* a la *empresa*) se lo ponen difícil a quienes quieran creer en la continuación de las formas *tradicionales* (Giddens insiste correctamente en que nunca son tan antiguas) de socialización. Se trata, con todo, de una dificultad añadida a la que la difusión de las *filosofías del yo* (intensamente publicitadas por el romanticismo y sus infinitas secuelas estéticas de masas) ha planteado a ideas tales como, por ejemplo, la de naturaleza humana, pertenencia, deber moral, lealtad a la tradición o a ciertos códigos, etc.

Esta posición en retirada de lo tradicional provoca el *fundamentalismo* (Giddens (1994, 6) observa que es palabra que no aparece en el *Oxford English Dictionary* antes de 1950). La transformación de la tradición supone una ruptura con la naturaleza que pasa a depender de decisiones lo que ocurre de un modo más radical en las formas del bien social: de este modo, la *social reflexivity* es una fuente permanente de *incertidumbre inducida* (Giddens 1994, 6-7)

2. La mentalidad que tiende a dominar en esas sociedades post-tradicionales es también, en cierto modo, post-racional (Beck 1996, 213), Hay una desestimación de la racionalidad tecnológica (idea que, en cualquier caso, goza de una enorme fuerza en el pensamiento alemán[15]) porque se le atribuye una responsabilidad en la inseguridad de la existencia y en la gran relevancia de los riesgos, especialmente de aquellos riesgos que al ser cómo son y venir de donde vienen no pueden combatirse precisamente con más tecnología o con nuevas tecnologías. Ni el cálculo ni las matemáticas, criaturas de la razón, gozan ya de una credibilidad especial, porque son vistos como disfraces ideológicos, como pantallas que tratan de ocultar la percepción de la realidad y el vigor de los distintos riesgos, el hecho de que en estas sociedades, el riesgo deriva de la tecnología, es un riesgo sistemático. Esta forma de ver las cosas es, obviamente, muy dualista: lo que no deriva de la tecnología no se considera riesgo, sino derecho, libertad, decisión. La tecnología aparece como lo otro, como lo que no se domina como algo anónimo, infundado e ilegítimo.

3. Esto es especialmente relevante en términos de salud, porque los fallos tecnológicos no se verán nunca como otra cosa que como fallos debidos a la ambición de las empresas, lo que da lugar a un doble efecto: retrasar la puesta en marcha de investigaciones costosas y car-

[15] Por ejemplo Gadamer (2001, 20 y ss.)

gar a los negocios tecnológicos de un sobrecoste, especialmente en términos de defensa jurídica frente a los posibles afectados. En cualquier caso hay conciencia de una peculiar indefensión frente a esos nuevos riesgos (Beck 1986, 13), de manera que el desarrollo de la tecnología exigiría una especie de tribunal político-moral (Beck 1997, 45 y ss.) porque sucede, en realidad, que nadie es experto en nada, o todos lo somos (Beck 1996, 213 y ss.), puesto que asistimos permanentemente al espectáculo de que los expertos se contradicen por especialidades.

4. En las sociedades contemporáneas las ideas relativas al conocimiento y la reflexividad de la verdad son una fuente de conflictos en la medida en que se da un auténtico proceso de autodisolución de la verdad y de su monopolio por la ciencia al decir de Beck (1997, 42). Desaparecen también por completo las *verdades formulares* (Giddens), al menos a primera vista, porque tal vez reaparecen otras, como por ejemplo las que funcionan en el uso mágico del lenguaje.

5. Son muy abundantes las consecuencias políticas de ese relativismo inducido. Como escribe Beck (1996, 220); quiere eso decir que se establecen mecanismos de crítica recíproca entre las racionalidades de los universos simbólicos de la sociedad y los grupos que las constituyen». Indicaremos algunas consecuencias muy visibles de todo ello:

a. crisis de legitimación del parlamentarismo porque, como dice Beck (1986, 20), «Por una parte, con la sociedad industrial triunfan la pretensión y las formas de la *democracia parlamentaria*. Por otra parte, se *demedia* el radio de validez de estos principios. El proceso subpolítico de renovación del «progreso» queda a cargo de la economía, la ciencia y la tecnología, en las cuales las evidencias democráticas no están en vigor»,

b. se rompen los vínculos entre individuo y clase,

c. hay una insatisfacción generalizada con los partidos políticos (Beck 1997, 58),

d. se plantea la necesidad de un estado negociador (Beck 1997, 58), lo que Giddens (1994, 113) llama *democracia dialógica*,

e. el éxito del sistema liberal implica el fracaso de la política (Beck 1986, 245), aunque, según reconoce Beck (1997, 15), se trata de un proceso inverso al previsto por Marx: «La idea de que el dinamismo de la sociedad industrial socava sus propios funda-

mentos recuerda la idea de Karl Marx de que el capitalismo es su propio enterrador, pero significa algo bastante diferente. En primer lugar, no son las crisis, sino repito, las victorias del capitalismo las que producen la nueva forma social».

f. el socialismo se vuelve conservador, del estado de bienestar, por ejemplo (Giddens 1994, 8)

g. el liberalismo entra en contradicción: se legitima en la tradición pero resulta efectivamente hostil hacia ella en sus efectos y consecuencias, de modo que valores tradicionales tienen que formularse de modo fundamentalista (Giddens 1994, 9),

h. se universaliza el triunfo de la democracia (Giddens 1994, 104), y el fracaso de los autoritarismos al no poderse legitimar.

La ambigüedad de estas conquistas (excelentes para Giddens, no tanto para otros) puede describirse por su lado más negativo:

a. el dominio de la naturaleza se transforma en dominio sobre el sujeto (Beck 1986, 262)

b. transformaciones ambiguas y diversas (exclusión / narcisismo) de la intimidad

c. crisis de la familia tradicional (Beck, 1986, 141 y ss.)

d. disolución de los límites históricamente naturales entre vida y muerte, lo que para Beck (1997, 66) supone una *democratización de Dios.*

Todo ello da lugar a una especie de contramodernidad (Beck, 1986, 269), porque el riesgo inducido mina la racionalidad (Lash, 1997, 22), y porque la forma efectiva de funcionamiento del sistema cuestiona sus pretendidos fundamentos.

La reflexividad es, por supuesto, bifronte: según Lash, la reflexividad se basa no en la confianza sino en la desconfianza en los sistemas expertos, mientras que para Giddens (1997, 117), por el contrario, «el conocimiento experto está abierto a la reapropiación por parte de cualquiera que tenga el tiempo y los recursos necesarios para formarse; y la prevalencia de la reflexividad institucional supone que existe un continuo filtrado de las teorías, conceptos y descubrimientos expertos a la población profana».

En cualquier caso, la reflexividad tiene efectos sociológicos de gran calado: libera de la clase, de la familia nuclear, de la nación y de la creencia incondicional en la ciencia (Beck, 19997, 143). Tal vez el cambio más de fondo sea la propia globalización con una economía que ha cambiado de *esencia* (Giddens 2001, 44), es una economía desmaterializada dependiente de la creación de imágenes (Giddens 2001, 42) y en estrechísima confluencia con la digitalización y las telecomunicaciones. La gente corriente se ha convertido en agente del cambio (Giddens 2001, 47), en especial por la nueva posición de las mujeres.

Para finalizar con esta presentación no conviene olvidar que, como ha recordado un tanto irónicamente Luhmann (1996 a, 127), la función de la sociología crítica es alarmar a los burgueses y, por ello, se nos dice que la puerta hacia el paraíso se cierra con la presencia del término *riesgo* (Luhmann 1996 a, 139). Es evidente que la idea de seguridad que se critica es bastante indeterminada, lo mismo ocurre con la idea de salud (Luhmann 1996 a, 142). La frontera entre lo que es un riesgo y lo que es un peligro (Luhmann 1996 a, 149) es muy difusa y, además, se nos advierte de lo que no podemos hacer, pero no está claro qué podemos o debemos hacer (Beck 1997, 23).

En la sociedad contemporánea, el riesgo es un ingrediente del sistema, una secuela colateral pero inevitable del progreso y de la complejidad de nuestras vidas. Lo subrayan casos tan diversos como el *Lipobay*, los accidentes aéreos, los fallos de la hemodiálisis o las estafas en cuentas certificadas por auditores respetables. Pese al carácter estructural del riesgo, es saludable seguir pensando que tras la supuesta fatalidad siempre existe una responsabilidad moral y penal, porque, aunque no se pueda fabricar el avión perfecto (ni la hemodiálisis sin fallo, el fármaco sin contraindicaciones o la agencia de inversiones totalmente inmune a la aparición y el ascenso de unos desaprensivos que conozcan bien el paño), debemos exigir que se extremen las garantías que se nos ofrecen para inducirnos a volar, ir al médico o invertir en la bolsa. Nadie puede estar seguro al ciento por ciento de las miles de comprobaciones que cualquiera de esas complejísimas máquinas y burocracias necesitan y siempre hay que aceptar riesgos porque el costo de la abstención es más alto. El tener que operar con información siempre insuficiente nos legitima para reclamar, para exigir mejores servicios, controles más eficientes, éticas públicas más depuradas, sistemas que incorporen la memoria de los errores para evitar los mismos accidentes en el futuro. Precisamente porque hemos depositado nuestra

confianza en ciertas instituciones y tecnologías podemos exigir que no se toleren negligencias y que se castiguen los abusos. Nadie puede evitar los casos fatales ni eliminar enteramente los riesgos, pero no deberíamos ser indulgentes con quienes aprovechan su posición para traicionar nuestra confianza saltándose las normas o haciendo aquello que no quieren que sepamos que están haciendo. La demanda de responsabilidades y trasparencia puede ser ilusa en ocasiones, pero apunta en la dirección correcta.

III. La *Risk Theory*, esferas y dimensiones del riesgo

Frente a la teoría crítica de los autores citados, en las instituciones básicas del sistema económico subsiste un planteamiento más tradicional (es decir, originariamente *moderno*) del riesgo en lo que se conoce como *risk theory*. Como ha escrito Giddens (1996, 36) «la modernidad es una cultura del riesgo. Esto no significa que la vida social moderna es de suyo más arriesgada que la de sociedades precedentes; para mucha gente, desde luego, no es el caso». Inicialmente, la modernidad ha visto en el riesgo, como ha subrayado Josetxo Beriain, una secularización de la fortuna: hemos partido, pues, de una valoración positiva del riesgo[38] que se tradujo en tratarlo como una manera de ver cómo se pone el futuro al servicio del presente, algo que se basa en una concepción optimista de las capacidades del hombre. En palabras de Bernstein (1996,1): «the revolutionary idea that defines the boundary between modern times and the past is the mastery of the risk: the notion that the future is more than a whim of the gods and that men and women are not passive before nature». En el pasado el cambio o la revolución se dio cuando se decide hacer entrar a los números en asuntos de decisiones, en cálculos sobre escenarios del futuro: el Chevalier de la Méré le plantea el *puzzle de Paccioli* a Pascal que recurre a pedir ayuda a Fermat: comienza el desarrollo de la teoría de la probabilidad que es, para Bernstein (1996, 2), «the mathematical heart of the concept of risk».

El capitalismo se ve en parte así mismo como una forma de la pasión humana por el juego y, frente a la idea de riesgo no hay tanto una *teoría* (en el sentido sociológico ni filosófico) como una abundancia de estudios que parecen patrocinados por una especie de patronal de los seguros (algo que, con más razón que nunca, desde el 11 de septiembre debe considerarse con un suave escepticismo).

Las estrategias clásicas frente al riesgo son la prevención, las previsiones y la mitigación de sus efectos cuando ha sucedido lo peor.

Los datos estadísticos no debieran negarse y muchos de ellos son significativos de que no vivimos en una sociedad especialmente caracterizada por un reinado maléfico del riesgo derivado de la tecnología[16]. Por ejemplo, el número de muertes violentas en Israel entre 1967 y 1978 según sus causas fue el siguiente:

- accidentes de Tráfico: 6.312
- violencia criminal: 998
- accidentes laborales: 1.842
- terrorismo: 272

lo que indica con claridad que, aunque las muertes por el terrorismo sean claramente inaceptables, la sociedad parece aceptar con cierta parsimonia 20 veces más muertes por accidentes de tráfico (Shubik, 1991, 24). En el caso del transporte aéreo, ahora tan en cuestión, como ha escrito Giddens (1996, 62): «El riesgo de morir en un accidente aéreo es, para aerolíneas comerciales regulares, de una posibilidad sobre 850.000 por vuelo –un guarismo derivado de la división del número de vuelos de pasajeros en un período dado de tiempo por el número de víctimas en accidentes aéreos durante ese período»–. En esta clase de análisis más conformista se rechaza una consideración de los riesgos como algo sintomático o sistemático: es algo con lo que ya se cuenta, que todo usuario conoce y que está en trance continuo de minimización.

Un cuestión esencial y muy estudiada es la que se refiere a los costes derivados de la previa estimación y evitación de riesgos. El intento de preverlo todo sin dejar nada al azar es, además de un imposible, escasamente realista sobre todo por dos consideraciones que subraya Dyson (1994, 266): «Dos hechos indeclinables dificultan que las autoridades políticas lleguen a tomar decisiones juiciosas. Los dos hechos son lo impredecible de la tecnología y la inflexibilidad de las instituciones burocráticas». Además, casi todas las estimaciones numéricas de los costes a largo plazo de las innovaciones tecnológicas son iluso-

16 «Even vehicular travel, the largest single source of technological risk, and a real killer, is responsible for «only» one death out of forty in the United States. Apart from that, technological risk simply does'nt find his way into the standard mortality tables», Lewis, H. W., (1990, 332).

rias (Dyson 1994, 261) sobre todo si se pretende tener en cuenta el conjunto de los costes, tanto los patentes como los ocultos. La prudencia suele ser muy costosa: como demostró el estudio de Carl Djerassi, los costes del desarrollo de nuevos agentes químicos en relación con el control de la natalidad se han hecho insuperables (en EEUU el desarrollo de un agente nuevo supone 17 años y unos 18 millones de USS $ de 1970) tras las restricciones generadas por el caso de la talidomida (Dyson 1994, 260), lo que convierte en una tarea especialmente delicada la política tecnológica.

En políticas favorecedoras del desarrollo tecnológico se suele argumentar que,

a. existe una enorme distancia entre el saber técnico y la opinión común (miedo a volar). Según Shubik, (1991, 2): «The basic theme is that society at this time is confronted with a host of major policy problems where the gap between profesional and public opinión may be large».
b. se plantean numerosos problemas debido a las discrepancias entre técnicos de distintas especies,
c. los requerimientos de seguridad, el secreto, etc. pueden paralizar enteramente la innovación,
c. finalmente, es ilusorio querer evitar una radical indeterminación en el ámbito de lo que resulta razonablemente predecible.

Como escribió Blake. «Nunca sabes lo que es bastante si no sabes qué es más que bastante», es decir, el avance comporta riesgos pero los riesgos de la paralización son siempre mayores.

IV. De la *Salus Animae* a los sistemas de salud

Ambos paradigmas respecto al *riesgo* deben de tenerse en cuenta a la hora de valorar los riesgos de los sistemas de salud. Como ya indicamos al principio, el hecho es que vivimos en una sociedad que, al menos desde el punto de vista cuantitativo y biológico, es básicamente sana, como lo demuestra cualquier clase de análisis histórico[17]. Incluso

[17] Como dice Puerta (2001,407), «Vivimos con la idea de que el mundo actual tiene muchos más peligros que el pretérito. Nada más lejos de la realidad. En el Imperio

Perich. La medicina de hoy

Beck (1986, 258) reconoce que: «se puede discutir acerca de si realmente la medicina ha mejorado el bienestar de los hombres. Pero lo que es indiscutible es que ha contribuido a un incremento de la cantidad de hombres. La población del mundo se ha multiplicado casi por diez en los últimos trescientos años». Es tan obvia esta realidad que nos plantea incluso el problema de la eugenesia y de las consecuencias negativas de la medicina[18] (la medicina hace procrear a gentes que empobrecen el patrimonio genético lo que atenta contra el bien de la especie) lo que podría verse como un caso más de la correlación negativa entre aumento de la población y crecimiento económico.

En este contexto de tendencia a la mejora, habría que hacer algunas matizaciones de cierta importancia:

a. hay ciertos procesos que empeoran como consecuencia de factores muy diversos en el mundo desarrollado, por ejemplo

romano la esperanza de vida al nacer se situaba en 32 años, en la España de 1900 en 45 años y en la de 1992 en 78 años (25). Hoy, la mujer española tiene ya una esperanza de vida que supera los 80 años. Estos datos objetivos nos hablan de que los riesgos vividos en épocas pasadas debían ser mucho mayores».

18 Puede verse al respecto Ayala (1980, 191 y ss).

(Porter 1998, 12), lo que se llama «*doing better but feeling worse*» *syndrome*, o el incremento de las enfermedades de tipo psicológico, porque, en el fondo, como dice Gadamer (2001, 113), «se cree saber lo que es el cuerpo, pero nadie sabe lo que es el alma»,

b. los progresos son menores que lo que se dice en una gran variedad de campos y parecen estar detenidos en algunos casos,

c. buena parte de los progresos más efectivos no se deben a avances científicos tanto como a mejoras de la higiene[19], y a factores ambientales y a cambios en la forma de vida (asociados, sin embargo, en último término, al desarrollo económico y a la tecnología).

La idea de salud ha atravesado, por otra parte, una serie de etapas fundamentales en el largo proceso de formación de nuestras instituciones y de desarrollo de las ciencias biomédicas:

a. en primer lugar, la salud aparece unida a la condición humana más básica: el enfermo es atendido por el brujo-médico o el sacerdote que posee un saber inmemorial y fundado tan sólo en tradiciones más o menos ocultas,

b. en un momento dado de la historia de la medicina en occidente, la salud es, sobre todo, la de un alma que tiene un cuerpo, a lo que corresponde al *sistema hospitalario* básicamente desarrollado por la Iglesia en los siglos pasados,

c. viene luego una consideración más científica en la época moderna de modo que la salud es salud de un cuerpo al que se comienza a ver como máquina,

[19] Lewonthin (2001, 141). Como dice García Alonso (2001, 1): «No es discutible el impacto que sobre la salud ha supuesto el descubrimiento de los antibióticos o de las vacunas. O las posibilidades quirúrgicas que se abrieron con la aparición de los anestésicos generales. O el impacto que han tenido la insulina, los antipsicóticos o los betabloqueantes. Pero estos sorprendentes y maravillosos descubrimientos han tenido un impacto en la salud menor que otros «descubrimientos» que han pasado quizás inadvertidos: la mejoría en la nutrición y la higiene y la elevación del nivel de vida. El aumento de la expectativa de vida en Occidente, que ha pasado en menos de un siglo de 45 a 75 años, se ha debido más al progreso social que al progreso médico propiamente dicho». Porter (1998, 11) subraya la misma idea: «Biomedical understandig long outstripped breakthrougs in curative medicine, and the retreat of the great diseases (diphtheria, typhoid, tuberculosis and so forth) was due, in the first instance, more to urban improvements, superior nutrition and public health than to curative medicine».

d. con el desarrollo de una profesión médica el enfermo pasa a ser paciente, deja de ser un individuo singular y mortal para convertirse en un caso de un género en manos de la medicina científica; como ha escrito Porter (1998, 668): «The «sick man» [sic] is said to have disappeared from the «medical gaze» with the birth of the clinic around 1800, being reduced to a «patient», a pathological body studded with lesions. That disappearing act continued during the next two centuries, reducing the patient in due course to an x factor in equations dominated by economics, sociology, diagnostic technology, systems analysis and multitudes of other reference frames»,

e. cuando se comienza a ver la salud y la enfermedad no sólo como una propiedad natural sino como un hábito social, se plantea el delicado problema del estatuto de la medicina, a medias entre el menester científico y la asistencia social, que puede acabar siendo en ocasiones un sustituto de la familia en las sociedades desfamiliarizadas por el progreso competitivo y el individualismo económico.

En cualquier caso, sobre esta cientificación de la enfermedad gravitan una serie de sombras. La revolución científica tarda en tener efectos en medicina, tal vez porque, como ha señalado una y otra vez Dyson, los biólogos, a diferencia de los físicos y de los ingenieros, no desarrollan sus propios instrumentos[20]. Así pues, el desarrollo de la medicina científica ha sido mucho más lento de lo que pudiera parecer y el paso de los descubrimientos a la clínica ha sido, en general, tardío. Como ha recordado Porter (1998, 11), «The microscope had been in existence for two hundred years before it became part of everyday medical practice and transformed understanding».

Los médicos, tanto en la investigación como en la clínica, parecen especialmente expuestos al impacto de las modas (sobre todo en la medida en que el médico ha de buscar una clientela, como en la psiquiatría o la atención a la obesidad) y de los ismos (de los humores griegos a la medicina darwiniana y el genetismo)[21].

[20] Lo que en último término nos recuerda el carácter de autoridad sagrada –y luego con tendencia a la aristocracia– del médico, un *ethos* que no es inicialmente el de alguien que se pone en pie de igualdad con el paciente. Farrington pone en relación el fracaso de la medicina griega con el hecho de que la anatomía se encomendase a esclavos.

[21] Como ha escrito Puerta (2001, 406), «Parece como si los médicos hubiésemos

En la práctica hospitalaria contemporánea se lleva a cabo una *medicina atomística* que se olvida de la persona individual, que lo fía todo a los análisis instrumentales, que mediante la ritualización de la prueba se olvida del diagnóstico personal, de una doble presencia personal que se debiera traducir en un encuentro curativo, la del enfermo y la del médico. Las razones son muy variadas, pero sin duda figura entre ellas la previsión de demandas por fallos cuyos costes tratan de evitarse siguiendo una práctica sancionada por la autoridad sanitaria y civil como la adecuada para evitar en lo posible las reclamaciones y las críticas.

Aunque hay un fracaso terapéutico recurrente en todo lo que no se deja atrapar en esquemas relativamente simples[22], la investigación no renuncia a conseguir avances espectaculares para encontrar una vía que permita acabar con los enemigos más reluctantes de la salud humana.

Desde el punto de vista de la salud de los enfermos hay una serie de consecuencias particularmente graves y que pueden considerarse como riesgos inducidos por el sistema, como riesgos a la manera beckiana:

1. El extraordinario crecimiento de la medicalización; según Porter (1998, 629), el número de hospitalizaciones en Estados Unidos que era de 146.500 personas al año en 1873 ha pasado a estar por encima de los 29 millones a finales de los sesenta.
2. La aparición de lo que no hay más remedio que considerar como una «medicina de consumo», pues, como dice Porter (1998, 630), «In western market societies driven by consumption and

pasado de creer que el origen de las enfermedades reside en la mala mezcla de los humores corporales, a pensar de que detrás de cada padecimiento hay un problema genético que nos dará la clave para solucionarlo. Algo parecido está ocurriendo también con los epígonos de la medicina evolucionista o darwiniana, que pretenden explicar casi todo desde esa perspectiva».

22 Como escribe Porter (1998, 595), «Nevertheless, a century which has brought the most intense concentration of attention and resources on medical research ends with many of the major killers of western society –particularly heart and vascular disease, cancer, and chronic degenerative illnesses– largely incurable and in many cases increasing in incidence. It can be argued that one reason why there has been relatively little success in eradicating them is because the strategies which earlier worked so well for tackling acute infectious diseases have proved inappropriate for dealing with chronic and degenerative conditions, and it has been hard to discard the successful «microbe hunters» formula».

fashion, medicine was one commodity for which rising demand could not summarily be dismissed by critics of «I want it now» materialistic individualism».

3. Los sistemas de atención hospitalaria corren el riesgo de tender a establecer distinciones entre los enfermos *interesantes* (capaces de proporcionar nuevos saberes y de ser útiles en la investigación que reporta fama y poder) y los enfermos *residuales* con los que no cabe intentar nada especialmente interesante[23]. Todo ello ha llevado a la necesidad de que haya surgido la especialidad de medicina paliativa para reconducir, al menos en alguna medida, los centros hospitalarios a su condición de lugar en que se atiende a personas singulares.
4. Un tremendo crecimiento de la cronificación. Beck (259) subraya que «Cada vez es más frecuente padecer mucho tiempo. Hay casi un 70% de enfermos crónicos para los 9'6 millones de alemanes occidentales que se registraron como recuperados en el microcenso de 1982. Cada vez es más excepcional la curación en el sentido de la intención originaria de la medicina. Y no se trata sólo de que falle. Es precisamente en razón de su *éxito* que la medicina desplaza hombres a la situación de enfermos, porque es capaz diagnosticar con medios técnicos sofisticados».
5. Crecen las secuelas de hospitalización: la cita es del doctor Rogers presidente de la AMA (American Medical Asociation), «Conforme nuestras intervenciones se han hecho más minuciosas, se han vuelto más costosas y peligrosas. De manera que hoy no es raro encontrar una persona mayor de salud frágil, que ingresó en el hospital, [y que terminó] ligeramente confusa, deshidratada, y en malas condiciones, tras soportar tres días interminables de hospitalización, ya que sus primeras 48 horas de estancia en el hospital las pasó sufriendo una serie asombrosa y agotadora de pruebas diagnósticas en diversos laboratorios o en la sala de radiología».

[23] Puerta (2001, 399): «De esta forma, el paciente acaba privado de los cuidados y la atención que tanto necesita en esta nueva y, con frecuencia, última etapa de su vida. Este ser humano queda desahuciado al perder «atractivo» médico y científico, ya no es un caso que despierte curiosidad: ¡«nada» se puede hacer por él! El sistema sanitario, porque así está hoy concebido, le vuelve la espalda para dedicar sus recursos y energías a otros enfermos que sí son «interesantes», esto es, que tienen posibilidades de ser curados».

6. Se hace un uso creciente de terapias alternativas: Porter (1998, 688) calcula que en 1990 los nortemericános hicieron 425 millones de visitas a sanadores diversos frente a los 388 millones de visitas a los médicos.

7. Se registra un fuerte incremento en la incidencia de los suicidios tras determinado tipo de tratamientos; Beck (1986, 259) cita el ejemplo de los enfermos crónicos del riñón, entre los que el porcentaje de suicidios se calcula que está unas seis veces por encima de la media.

El estatuto peculiar de la clase médica, a medio camino entre el chamán y el funcionario o el profesional de mercado, crea una evidente tensión entre su auto-justificación en el saber científico y su efectivo rol social, tanto en la medicina privada como en los sistemas públicos, lo que contribuye a crear un cierto tipo de dependencia. Como dice Beck (1986, 266), la práctica de la medicina «*crea un inagotable deseo de medicina*. Es, pues, una profesión que provoca una constante expansión del mercado y de servicios médicos». Puede decirse, en cierto modo, que hay enfermedades y enfermos porque lo dicen los médicos, lo que es especialmente claro en el caso de ciertas especialidades y en el impresionante auge de los servicios médicos y quirúrgicos que se prestan con criterios de mercado. Entre las notas más características de la clase médica cabe subrayar las siguientes:

a. es una corporación con privilegios desmesurados[24],

b. define la salud y establece un régimen de prohibiciones y mandatos que están plenamente reñidos con la autonomía personal[25],

[24] Beck (1986, 263-264): «De este modo surge y se mantiene a la vez un total *desequilibrio entre discusiones y controles externos y el poder de definición interno de la práctica médica*. La opinión pública y la política, dada su situación, están siempre y necesariamente «desinformadas», van a remolque de los procesos, razonan en términos sociales y morales que son ajenos a la medicina»....«Sólo entonces un grupo profesional alcanza un *techo organizativo* en el que se cobijan *investigación, formación y práctica*. Esa constelación permite desarrollar y reforzar el poder de configuración por lo que al contenido se refiere, prescindiendo del consenso. El paradigma de ese «círculo de poder profesional» es la *clínica*. En ella se reúnen todas las fuentes de influencia de la subpolítica profesional».

[25] Beck 1986, 265): «Lo que socialmente se entiende por «salud» y «enfermedad», pierde su carácter «natural», dado, en el marco del monopolio médico, y se convierte

c. se inmiscuye plenamente en la vida cotidiana, como en otro momento lo hacían los moralistas y confesores, con el pretexto de que la enfermedad no es un peligro ajeno al sujeto sino un rasgo de ciertos tipos de vida.

Respecto a los errores médicos y a la estimación de su costo hay que partir, en cualquier caso, de que nos hallamos ante cantidades muy elevadas[26]. Más en general, el incremento del gasto sanitario en distintos países (adaptación de Porter 1998, 659) es realmente espectacular:

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
España	3.7	4.8	5.6	6.7	6.6	6.5	7.0
Estados Unidos	7.4	8.4	9.2	10.5	12.4	13.4	14.0
Francia	5.8	7.0	7.6	8.5	8.9	9.1	9.4
Inglaterra	4.5	5.5	5.8	6.0	6.2	6.6	7.1

A la base de esos incrementos tan fuertes hay una mitologización del progreso, que conduce a una nueva dependencia de quienes esperan lo que no deberían esperar: ser inmortales[27].

en un criterio producido por el trabajo médico y definible desde la profesión. De ahí que «vida» y «muerte» pierdan su valor y concepto al margen de la intervención humana. Lo que se entiende socialmente por «vida» y «muerte» se convierte en algo *contingente en y por el trabajo de los médicos*; han de determinarse de nuevo, con todas las implicaciones imprevisibles y *a partir del trasfondo y bajo el condicionamiento de la objetividad, los problemas y los criterios producidos en medicina y en biología*».

[26] Puerta (2001, 410): «El coste de los errores médicos es muy alto. Mediante dos estudios previos se pudo calcular que todos los años mueren por errores médicos, en los hospitales americanos, entre 44.000 y 98.000 pacientes, lo que supone un gasto anual comprendido entre 17.000 y 29.000 millones de dólares. Incluso utilizando la estimación más benigna, la muerte por esta causa supera a la acaecida por accidentes de circulación (43.458), cáncer de mama (42.297) o sida (16.516), y constituye la octava causa de muerte en aquel país. Los fallecimientos por errores en la administración de medicamentos, en pacientes hospitalizados y ambulatorios, pasan de 7.000 cantidad que supera las muertes por accidentes de trabajo (6.000). El informe también denuncia que dos de cada cien ingresos hospitalarios sufren una reacción adversa a medicamentos, que podría ser evitada. Lo que traducido a unidades monetarias nos dice que el coste de cada ingreso hospitalario se ve incrementado, en término medio, en 4.700 dólares, o que un hospital universitario de 700 camas gasta de su presupuesto anual 2'8 millones de dólares, unos 500 millones de pesetas, por dicho motivo».

[27] William Haseltine, presidente de la empresa biomédica Human Genome

El sistema de la investigación biomédica, como el de la *big science* en general, está sometido a tensiones de todo tipo, desde las presiones de auténticos *lobbys*[28] hasta toda clase de estrategias de marketing y de imagen.

Para concluir este breve análisis de algunas de las relaciones entre salud y tecnología y su caracterización como un riesgo específico es necesario dedicar una reflexión final a la idea de salud. Se trata, obviamente, de una *construcción* social o ideológica que es recibida culturalmente y que se adecua estrechamente a algunos de los rasgos de la sociedades en que se hace vigente. La idea actual de salud se adapta muy bien a la idea de la *vida como biografía* frente a la de *vida como proceso natural* lo que implica un rediseño del cuerpo y una reconstrucción permanente de lo que está sometido a un deterioro a manos del tiempo (en el límite, el sueño de alcanzar ahora mismo la inmortalidad mediante el recurso a la criogenización). Como dice Giddens (1996, 41), «hay una conexión integral entre el desarrollo corporal y el estilo de vida –manifiesta, por ejemplo, en el surgimiento de regímenes específicamente corporales»–. Las promesas de brick-construcción de un yo tecnológico y de mercado son características de una cultura que no parte de una primacía de lo real en cuanto algo dado, sino que se adscribe, por el contrario, al ser que cada cual siente o cree, a lo que cada uno quiere ser, y que confiere una entera prioridad al ser que uno siente ser, sobre algo que, a lo sumo, se tomaría como un mero dato biológico (elección de sexo distinto al genético, madres sin padre, etc.). Esta prioridad está hecha de una mezcla de motivos contradictorios, de ciencia y tecnología de mercado a elección y de anomia absoluta.

Hemos pasado de una definición de salud de procedencia o analogía teológica[29], a fijarnos en unos *marcadores de riesgo* que recuerdan a la moral casuista más extrema y denuncian el ámbito de ignorancia de las previsiones empíricas: porque toda medicina científica está forzada a ser, en realidad, estadística y probabilista. Sin embargo, aho-

Sciences, declaraba que «la muerte es un conjunto de enfermedades que se pueden prevenir» (New York Times, 29,VIII,1999).

[28] Lewonthin (2001, 162), hace notar que «Como en la clonación, el curso de la investigación del genoma humano en los últimos seis años no se puede entender al margen del contexto de los intereses comerciales».

[29] La definición de salud de OMS: «salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social», nos remite a la idea de gloria celestial o a la imagen milleriana del orgasmo.

ra estamos ante una situación que podríamos denominar *religión de la salud.* En el caso del poder médico resulta innegable la analogía con el poder salvador de la religión: hay prohibiciones, hay una amenaza de muerte / infierno, hay una subordinación de todo a la salud que expresa en buena medida las vigencias morales de la sociedad contemporánea.

Hasta aquí hemos visto dos clases de diagnósticos, el originalmente moderno y otro más pesimista, sobre el lugar del riesgo en la vida contemporánea, y hemos centrado la atención, también, en uno de los puntos de conflicto más evidentes entre lo que podíamos llamar el *ideal de la naturaleza* (pues como dice Gadamer (2001, 53) la medicina «siempre experimenta su propia actividad sólo como una recuperación del orden natural») y el auge de la práctica tecnológica como es el sistema sanitario. Queda apuntado el incierto panorama en el que hemos de tomar decisiones, de asumir riesgos. Como ha escrito Rorty (1998, 93) la pregunta sobre *quiénes somos nosotros* no se contesta, de hecho, sino tomando decisiones y entre estas son especialmente relevantes las que hay que tomar en vista del funcionamiento de nuestros sistemas de salud. En cualquier caso, un paso previo es saber cómo actúan efectivamente ahora, sin confundir la ideología y los buenos deseos con la dinámica de un conglomerado en el que se ponen en juego intereses y valores de un altísimo rango. Y eso exige reconocer que , en efecto, tenemos un sistema en el que, pese a sernos útil, tenemos motivos suficientemente precisos para sentirnos perdidos y confusos, para tener miedo.

BIBLIOGRAFÍA

Ayala, Francisco J., (1980): *Origen y evolución del hombre,* Alianza, Madrid.

Bauman, Z. (1996): «Modernidad y ambivalencia», en Beriain, J., Ed. pp. 73-119

Beck, U., (1986): *La sociedad del riesgo,* Paidós, Barcelona.

Beck, U. (1996): «Teoría de la sociedad del riesgo», en Beriain, Ed. pp. 201 y ss.

Beck, U., Giddens, A., y Lash, S., (1997): *Modernización Reflexiva. Política, tradición y estética en el orden moderno,* Alianza, Madrid.

Beck, U., (1997): «La reinvención de la política: Hacia una teoría de la modernización reflexiva», en Beck y otros. p 13-73.

Beriain, J. Ed., (1996): *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, contingencia y riesgo,* Anthropos, Barcelona.

Bernstein, Peter L. (1996): *Against the gods: The remarkable story of risk,* John Wiley and Sons, New York.

Bethell, T., (2001): *A Map to Nowhere: The genome is'nt a code, and we can't read it»,* The American Spectator. Accesible en discovery.org database.

D´Ors, A., (2001): «Prohibido prohibir», Razón Española, IX-X 2001, pp. 133-141.

Dyson, Freeman J. (1994): *De Eros a Gaia,* Tusquets, Barcelona.

Foucault, M (1966): *El nacimiento de la clínica,* Siglo XXI, México.

Gadamer, Hans-George. (2001): *El estado oculto de la salud,* Gedisa, Barcelona.

García Alonso, F. (2001): «La influencia del progreso médico y la industria farmacéutica sobre la salud», en vv. aa. *Industria farmacéutica y progreso médico,* Fundació Victor Grifols i Lucas, Barcelona.

Giddens, A. (1994): *Beyond Left and Right. The Future of Radical Politics,* Polity Press, London.

Giddens, A., (1996): «Modernidad y autoidentidad», en Beriain, J. Ed. pp. 33- 71.

Giddens, A., (1997): «Vivir en una sociedad postradicional» en Beck y otros, p. 74-136.

Giddens, A. (2000): *Un mundo desbocado, los efectos de la globalización en nuestras vidas,* Santillana, Madrid.

Giddens, A. y Hutton, W. Eds. (2001): *En el límite. La vida en el capitalismo global,* Tusquets, Barcelona.

Hernández-Bronchud, M. (1997): *A la búsqueda de un Dios perdido,* Noesis, Madrid.

Illich, Ivan, (1975): *Medical Nemesis: The expropriation of health,* Marian Boyars, London.

Keynes J. M. (1921): *A treatise on Probability,* Macmillan, London.

Lash, S., (1997): «La reflexividad y sus dobles: estructura, estética, comunidad» en Beck y otros, p. 137-208.

Lewis, H.W., (1990): *Technological Risk,* Norton & Company, New York.

Lewonthin, Richard (2001): *El sueño del Genoma Humano y otras ilusiones,* Piados, Barcelona.

Luhmann, N. (1996a): «El concepto de riesgo», en Beriain, J. Ed. pp. 123-153.

Luhmann, N. (1996b): «El futuro como riesgo», en Beriain, J. Ed. pp. 155-172.

Luhmann, N. (1996c): «La contingencia como atributo de la sociedad moderna», en Beriain, J. Ed. pp. 173-197..

Mckeown, Thomas (1979): *The role of medicine: Dream, Mirage, or Nemesis,* N.J. Princeton University Press.

Mckeown, Thomas (1988): *The origins of human disease,* Basil Blackwell & Co., New York.

Porter, Roy (1998): *The Greatest Benefit To Mankind,* Norton & Company, New York.

Puerta, J. L. (2001): *El sentido de la enfermedad y la muerte en los tiempos del imperativo tecnológico. Lecciones para la nueva geriatría. Envejecimiento Cerebral y Enfermedad.*, Triacastela. Madrid.

Queraltó, R., Tagle, R., García Barreno, P., Gómez Camacho, F., Tornos, A., (1996): *Evaluación social de la ciencia y de la técnica, análisis de tendencias,* Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.

Rorty, Richard, (1998): «¿Quienes somos?, Universalismo moral y selección económica», Revista de Occidente, 210, pp. 93-107, Madrid.

Scruton, Roger (2001): *Cultura para dos personas inteligentes,* Península HCS, Barcelona.

Shubik, Martin, (1991): *Risk, Society, Politicians, Scientist, and People,* Risk, Organizations and Society, Kluwer Academic Publishers, Boston.

Toulmin, Stephen (2001): *Cosmópolis, El Transfondo de la Modernidad,* Península, Barcelona.

Weatherall, David, *Science and the quiet art: the role of medical research in health care*, New York, Norton & Company, 1995.