



Artículo especial

## Tecnología, demanda social y “medicina del deseo”

### Technology, social requirement, and “wish-fulfilling medicine”

José Luis González Quirós<sup>a</sup> y José Luis Puerta<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Doctor en Filosofía, Profesor Titular de la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup> Médico y Doctor en Filosofía, Director de Dendra Médica, Revista de Humanidades. C.S. “Los Manantiales”, U. Docente, Guadalajara, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 5 de mayo de 2009

Aceptado el 8 de julio de 2009

On-line el 20 de septiembre de 2009

El incremento de la demanda en el ámbito de la asistencia sanitaria viene siendo, desde hace años, motivo de preocupación y estudio por parte de académicos, gestores y políticos. Desde la época de los griegos, la medicina se ha ocupado de curar, pero también ha tratado de iluminar el sentido de la vida, una función en la que, inevitablemente, se tropieza con la filosofía y, por tanto, con un alto nivel de incertidumbre y de imprecisión<sup>1</sup>. Este lado borroso de la medicina afecta de lleno a lo que entendemos por salud, una idea con un pasado mucho más simple y claro que lo que le depara el futuro.

El término de “medicina del deseo”<sup>2</sup> (*Wunscherfüllende Medizin* en alemán; *wish-fulfilling medicine* en inglés) ha sido acuñado por el psicólogo clínico alemán, Matthias Kettner, y acierta a reflejar muy bien un conjunto de situaciones hasta ahora inéditas en el ámbito de la práctica clínica, que están modificando su imagen y sentido. Para Kettner la “comprensión fundamental” de la medicina coincide con la caracterización de las funciones clásicas de la medicina establecida por el Hastings Center<sup>3</sup>. Así, un número creciente de las prestaciones médicas actuales escaparían nítidamente a esas categorías: la cirugía estética, el retraso del envejecimiento, la medicina deportiva, la medicina reproductiva o los sueños más o menos delirantes de inmortalidad, por citar algunos ejemplos aducidos por Kettner; y, al implantarse como servicios médicos más o menos habituales, han hecho saltar en pedazos el marco social, moral y profesional fundado en una serie de ideas inmemorialmente aceptadas sobre la salud y la enfermedad.

La actitud de los individuos ante los padecimientos más simples y banales brinda esclarecedoras imágenes respecto a la

idea que estamos exponiendo. Por ejemplo, una infección vírica de las vías aéreas superiores en un infante constituye, casi siempre, un cuadro benigno que se resuelve con un poco de paciencia. Aunque la tos y las flemas producen mucho malestar al niño, no existe un tratamiento eficaz contra ellas. Sin embargo, las consultas de los pediatras están llenas de padres exigentes –que acuden casi a diario, mientras dura el cuadro– pidiendo algún fármaco para mitigar esos síntomas que tanta incomodidad provocan a sus hijos. Y por más que se les explique que de poco o nada sirven los medicamentos contra esos molestos síntomas, no les cabe en la cabeza que la medicina pueda hacer trasplantes de corazón y, sin embargo, no sea capaz de ofrecer un remedio eficaz e inmediato para eliminar los mocos o la tos. Aceptar la enfermedad y las molestias que le son consustanciales empieza a parecer una injusticia.

La práctica clínica se ha venido apoyando en la idea de enfermedad como alteración del curso normal de la naturaleza que solo la naturaleza misma podía restaurar, ayudada, en ocasiones, por ciertas medidas terapéuticas. La historia de la medicina occidental ha estado sustentada en esta convicción que se formuló, con bastante claridad, en la medicina griega. En épocas más recientes, a esta concepción *naturalista* de la enfermedad y, consiguientemente, de la función del médico, se había sumado una *lectura humanista* de esa visión, según la cual, la enfermedad, además de ser un proceso natural, sería también una experiencia personal y, consecuentemente, un fenómeno social.

Esta síntesis humanista ha experimentado algo más que dificultades teóricas. De manera, en principio, totalmente independiente, el desarrollo profesional e institucional de la atención médica también ha ido rompiendo, y a buen ritmo, con este cuadro ideal. *Naturaleza, cuidado, experiencia* y *persona* son conceptos que han sido profundamente subvertidos por varias

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jl\_puerta@yahoo.com (J.L. Puerta).

de las nuevas prestaciones médicas nacidas por el impulso de la investigación y de la tecnología, y han tirado por tierra, en la práctica, el consenso imperante y tradicional acerca de la idea de salud. La masificación y, subsiguiente, mercantilización de la medicina ha convertido al enfermo en un *consumidor* cuyo *derecho a elegir* nadie se atreve a cuestionar, puesto que, en último término, estamos ante asuntos que afectan a *su vida* y no únicamente a *la enfermedad*.

El concepto de enfermedad también ha cambiado. Por un lado, ha sufrido un *proceso de creciente subjetivación*, que, un tanto paradójicamente, ha coincidido con la capacidad de la medicina para ofrecer *mejores resultados objetivos* mediante las sucesivas innovaciones que se han ido produciendo desde comienzos del siglo XIX. Por otro lado, parece claro que el fenómeno de la *medicalización* funciona de tal manera que su desarrollo crea nuevas adiciones, de suerte que la demanda de servicios sanitarios por parte del público termina por hacerse virtualmente infinita. En consecuencia, el campo de la clínica se ve impulsado a ampliarse en ambas direcciones: en el de la demanda y en el de la capacidad de ofrecer nuevos *poderes* diagnósticos y terapéuticos, cuyo resultado es un crecimiento de las prestaciones médicas que escapa a todo control y, por tanto, sobrepasa completamente cualquier tipo de planificación clásica. Ello explicaría, incluso, por contradictorio que pudiera parecer con lo que venimos diciendo, su desbordamiento hacia la *medicina alternativa y complementaria*. En este sentido, las cifras no pueden ser más elocuentes. En el año 2000 había registrados en Inglaterra más curadores de medicina alternativa que médicos generales. Y, en ese mismo año, en EEUU se contabilizaron 425 millones de consultas a los practicantes de terapéuticas alternativas frente a los 388 millones de visitas que recibieron los médicos de atención primaria<sup>4</sup>. Tal vez, como ha señalado López Ibor (1908-1991), “estamos en el siglo de los grandes éxitos de la medicina clínica y también en el de los grandes curanderos”. La angustia que genera a los individuos todo aquello que incumbe a la salud y la enfermedad “no se resuelve solo por *poderes* racionales, sino irracionales y mágicos”<sup>5</sup>; realidad que ha sido olvidada por muchos médicos, que están muy satisfechos de ejercer como meros ingenieros del cuerpo.

Pero, ¿qué clase de ideas son las que alientan este conjunto de fenómenos? Para abordar estas cuestiones, tenemos que precisar lo que parecen ser las causas de esta especie de desarreglos del marco tradicional de la medicina, explorando también otros factores, digamos, más *culturales* y menos *objetivos*.

### Naturaleza y deseo, un equilibrio inestable

Aristóteles (384-322 a.C.), que fue seguramente el primer autor en desarrollar un concepto rico y coherente de naturaleza, era como se sabe un hombre portentosamente dotado para la observación, pese a que los curiosos requiebros de la historia de las ideas hayan solido presentarle, sobre todo, como un teórico sistemático. Suya es una afirmación acerca del deseo que es oportuno recoger aquí: “la naturaleza del deseo no conoce límites, y la mayor parte de los hombres viven para colmarla”<sup>6</sup>, idea que mereció un comentario realmente interesante, a nuestros efectos, por parte de Santo Tomás de Aquino (1225-1274) quien se refiere, en particular, a la salud: “En efecto, la concupiscencia del fin siempre es infinita, pues el fin se desea por sí mismo, como la salud”<sup>7</sup>. No se trata de que queramos argumentar que no existe nada nuevo bajo el sol, pero sí de advertir que, pese a todo lo que se pueda decir sobre la importancia moderna de los sentimientos y sobre la tecnología como catalizador del deseo, hay realidades que parecen ser tan viejas, y *naturales*, como nosotros mismos.

La idea metafísica de naturaleza acentuó su función normativa en el pensamiento cristiano. Fue David Hume (1711-1776) quien

primero rompió con este esquema naturalista de fundamentación de la ética y vio en nuestros sentimientos el origen de la moralidad, es decir, admitió un cierto grado de subjetividad en la génesis de nuestros juicios morales. En todo caso, el hecho es que, por caminos, en principio, distintos, tanto la política como la técnica han amoldado una sociedad y un mundo en el que ciertos tipos de límites impuestos *desde fuera* parecen tener cada vez menos sentido, y en el que, al menos teóricamente, siempre podemos hacer realidad nuestros deseos e imponer exigencias en función de nuestros sentimientos.

En virtud de esta concepción, la voluntad y el deseo solo quieren un mundo sin obstáculos y solo se rinde a quien ofrezca el panorama con menos restricciones. La realidad se subordina, así, a la fantasía, y por eso se convierte en antipática toda política que pretenda imponer limitaciones a cualquier clase de deseos. Los mismos poderes políticos que proclaman el derecho a que cada cual vaya en pos de sus deseos, se convierten en la práctica en el obstáculo último frente a todos sus jeribeques. En la sanidad pública puede encontrarse un ejemplo esclarecedor de esta dualidad: mantener el nivel de prestaciones gratuitas que tiene en la actualidad, exige un proceso continuo de racionalización que no puede satisfacer a todos. Cada norma que se promulga, soluciona ciertos problemas, pero genera otros. Así, cuando el médico-funcionario les niega aquello que solicitan (por ejemplo, una simple prueba de imagen que no se considera indicada), los beneficiarios descubren que no son tan libres ni tan diferentes como creían, y se dan cuenta de hasta qué punto dependen de los poderes públicos para lograr sus deseos en el ilimitado campo de la salud. Sin embargo, frente a este poder real, el ciudadano sigue pidiendo igualdad, una igualdad que le permita obtener lo que quiera, lo que, dicho sea de paso, supone una contradicción psicológica profunda, pues la igualdad anula la emulación y el estímulo de la libertad, esto es, el sentido mismo de la diferencia.

Esta clase de presupuestos morales y políticos conducen a que, en el ejercicio de la medicina, las viejas ideas de *naturaleza* y de *realidad* se vean sustituidas por las demandas que emanan de las proclamas del deseo y la identidad. Es parte del precio que hay que pagar por el respeto a la convicción de que no existen límites precisos para los deseos, ni al *reconocimiento de la identidad* de cada cual, ni, por tanto, a las consecuencias que de todo esto se derivan.

El filósofo canadiense, Charles Taylor, ha llamado la atención<sup>8,9</sup> sobre un fenómeno muy característico de nuestra sociedad, la denominada *política del reconocimiento*. Lo que pretende subrayar con este rótulo es el hecho de que la cultura occidental ha admitido como uno de sus valores supremos el ideal moral de la *autenticidad*, esto es, la fidelidad a los sentimientos y deseos de cada individuo. En su opinión, el *reconocimiento* es consecuencia de la presión que se ejerce sobre la opinión pública para que tome nota de la existencia y la legitimidad de las quejas o reivindicaciones de los distintos grupos sociales por minoritarios que éstos sean. De esta manera, *reconocimiento* y *autenticidad* son las caras de la misma moneda con la que es posible justificar y realizar muchos de los deseos que hierven con fuerza en nuestro interior. El desarrollo de la *política del reconocimiento* exige que las democracias permitan y ayuden a que cada cual pueda ir en pos de lo que entiende como *vida buena*, lo que en la práctica se traduce en que ningún valor debe considerarse por encima de otro, que ninguna forma de vida es mejor o superior, de suerte que elegir una cosa u otra carecería de significado moral.

La autenticidad o la verdadera identidad, a las que supuestamente se llega satisfaciendo plenamente nuestros deseos, se han convertido en un ingrediente fundamental en la retórica que envuelve el uso de las tecnologías y los procedimientos de la medicina estética y regenerativa. El estiramiento facial o ciertos medicamentos (fluoxetina, sildenafil o metilfenidato) tienen su

propio discurso: son ingenios con los que es posible realizar los deseos más íntimos o acercarse a lo que uno anhela ser. Utilizar conceptos o, según se mire, valores como la “verdadera identidad” o la “autenticidad” sirve además de salvoconducto para viajar por el intrincado mundo de la moral sin miedo a atropellar ningún precepto, sin problemas de conciencia y sin abrumadores escrúpulos: ¿acaso hay algo censurable, ilegítimo, en el afán por buscarse a sí mismo y querer vivir de acuerdo con lo que se piensa o siente de verdad? En una película de Pedro Almodóvar, *Todo sobre mi madre* (1999), un transexual llamado Agrado expresa con deslumbrante nitidez la idea de autenticidad a la que nos venimos refiriendo: “Me ha costado mucho ser auténtica. Pero no hay que ser tacaña con todo lo relacionado con nuestro aspecto. Porque una mujer es más auténtica cuanto más se parece a lo que ha soñado de sí misma”<sup>10</sup>.

A primera vista se podría pensar que existe una clara línea divisoria entre rechazar lo que nos afea o molesta, conforme a un juicio relativamente común, y escoger cualquier otra cosa menos conforme con esa clase de juicio; sin embargo, lo esencial es que cuando el deseo de ser de un cierto modo no admite límite alguno, cuando no se basa en ninguna condición natural convertible en norma, entonces cualquier cosa es posible. Ese es, precisamente, el caso de gente que no se siente a gusto con alguna de sus extremidades y reclama el derecho a prescindir de ellas, del mismo modo que un narigudo puede pretender dejar de serlo. Baste considerar el caso mencionado por el *British Journal of Medicine*, donde se informaba que un cirujano escocés había amputado una pierna a dos individuos, sin alteración física alguna, porque sentían “desesperadamente” la necesidad de ser amputados por sufrir un “trastorno” que se conoce como apotemnofilia<sup>11</sup>.

¿Cómo es posible comprender que el deseo de ser de una determinada manera haya superado incluso los supuestos límites de nuestra naturaleza corporal? ¿Cómo entender que la medicina pueda dejar de ser exclusivamente un conjunto de prácticas curativas al servicio de nuestra naturaleza para reconvertirse, al menos en parte, en una tecnología cada vez más eficiente al servicio de nuestros deseos, en algo disponible para transformarnos en lo que deseamos ser?

José Ortega y Gasset (1883–1955) supo ver en la técnica, al menos, dos dimensiones realmente profundas e interesantes que analizó con clarividencia, aunque con la dispersión que le fue característica. Por un lado, le parecía que la técnica podía desempeñar el papel de gendarme del espíritu, sometiendo a la imaginación y a la *literatura*, su aliada más frecuente, a un régimen de ascesis y de contención. Pero, en segundo término, supo ver que la técnica era algo esencial al hombre mismo, y no, simplemente, una elección. En su análisis, ambas dimensiones de la técnica se encuentran en un punto de equilibrio relativamente inestable porque en ambas juega un papel esencial la fantasía: en la primera, como fuerza que hay que contener; en la segunda, como clave maestra del significado de la técnica.

Para Ortega el hombre, lejos de vivir meramente sobre la tierra, vive, por una parte, sobre unas creencias, sobre una filosofía y, por otra, sobre una esencial inadaptación a la naturaleza: “El hombre es, esencialmente, un insatisfecho, y esto –la insatisfacción– es lo más alto que el hombre posee; precisamente porque trata de tener cosas que no ha tenido nunca. Por eso suelo decir que esta insatisfacción es como un amor sin amada o como un dolor que siento en unos miembros que nunca he tenido”<sup>12</sup>. Se puede discutir esta caracterización del hombre mismo, pero no cabe muchas dudas de que esto que nos está diciendo cubre, en su modo de ver, tanto la conducta del *hombre masa*, como el comportamiento del filósofo o investigador más exquisito y exigente y, precisamente por eso, permanentemente insatisfecho con cualquier teoría o forma de vivir.

El filósofo madrileño había explotado a fondo este análisis en *La rebelión de las masas* (1930), mostrando cómo el hombre masa experimenta la ausencia de criterios y de coerción como una invitación a vivir a su modo, a imponerse: “Si la impresión tradicional decía: Vivir es sentirse limitado, y, por lo mismo, tener que contar con lo que nos limita, la voz novísima grita: Vivir es no encontrar limitación alguna, por lo tanto, abandonarse tranquilamente a sí mismo. Prácticamente nada es imposible, nada es peligroso y, en principio, nadie es superior a nadie”<sup>13</sup>. Esta reflexión implica la constatación de un importante cambio histórico. En el pasado, vivir significaba para el hombre medio dificultades, peligros, privaciones de todo tipo y ello traía consigo la necesidad de someterse a la ley, de interiorizar profundamente el respeto a un amplio conjunto de normas. Pero el mundo actual se nos presenta como un espacio –al menos en apariencia– más seguro y con más abundancia de cosas, donde no estamos tan obligados a acatar las normas sociales, donde casi nadie nos discute el derecho a vivir según nuestras normas, aunque seguramente ocurra que la pasión de reglar, inseparable de cualquier poder, se haya trasladado a otras regiones tratando de disimular su presencia para confundirse con nuestros deseos.

Esta impresión general que todo individuo tiene sobre el mundo que le toca vivir termina por convertirse en una invitación a desear, a perder el miedo a lo imposible. Ortega vio con claridad que la técnica no es la adaptación del hombre al mundo, sino la *creación de un mundo nuevo*, porque el hombre se encuentra inadaptado en la naturaleza y quiere un mundo que sea suyo. Trasladando esta idea a la medicina nos encontramos que con la práctica clínica se puede, cosa que ya está ocurriendo, superar el mero intento de restaurar la salud natural para dar vida a un yo deseado y enteramente nuevo. En cualquier caso, el hombre de hoy ya no ve en la medicina una institución dedicada a erradicar la enfermedad, sino orientada a satisfacer los deseos de cada cual para que logre tanto bienestar y felicidad como sea posible. Desde esta perspectiva, resulta, quizá, más fácil comprender que al malestar de la medicina actual contribuye no solo el aumento de conocimientos y la masificación de las consultas, sino también las nuevas expectativas que la sociedad tiene con relación a la práctica clínica. Y que, precisamente por ser nuevas, ni están bien definidas, ni pueden satisfacerse adecuadamente.

Mirando la realidad histórica, que unas veces cambia ostensiblemente y otras de forma imperceptible, y considerando el sentido general del progreso técnico, podemos comprender el rumbo que parece estar tomando la práctica médica y podemos preguntarnos si realmente queremos ir a dónde al parecer vamos.

### ¿Una redefinición de la medicina?

No es difícil constatar que los fines tradicionales de la medicina han sido superados por nuevas expectativas que en ocasiones rozan la utopía. Hemos llegado a una situación en la que, con razón, se puede pensar que de la medicina se esperan cosas contradictorias. Por ejemplo, por un lado, se le pide que evite la muerte materno-infantil, prolongue la esperanza de vida y aplique quimioterapias costosísimas para alargar solo unas semanas la supervivencia; pero, por otro lado, se espera de ella que también atienda las peticiones de eutanasia. Lo mismo puede decirse en relación a la salud materno-infantil: de un lado, debe evitar los embarazos no deseados (sirviéndose incluso del uso de prácticas abortivas), y, de otro lado, debe disponer de tratamientos y medios tecnológicos que satisfagan el deseo de tener hijos con el sexo y características que mejor se adapten a las preferencias parentales, además de asegurar la viabilidad y salud de los neonatos sin apenas mirar las condiciones físicas en las que nacen. Pero esas contradicciones que acabamos de señalar se desvanecen si

aceptamos que los fines de la medicina ya no son solo prevenir o curar la enfermedad, sino también satisfacer los deseos individuales. En la [tabla 1](#) se recogen solo algunos ejemplos de intervenciones médicas señalándose también qué tipo de deseo satisfacen.

Esta curiosa y nueva situación hace que, desde la perspectiva de los fines tradicionales de la medicina, ciertas intervenciones terapéuticas como la eliminación de cicatrices o lesiones cutáneas, la corrección de párpados, labios o nariz, la cirugía mamaria y otras pueden tener dos lecturas diferentes. Pues no es lo mismo contemplarlas a la luz de la reconstrucción corporal que requiere un paciente oncológico, politraumatizado o quemado, que mirarlas desde la perspectiva de la llamada “medicina para el perfeccionamiento” (*enhancement medicine* o *enhancement technology*) que en 1998 Eric T. Juengst definió como el conjunto de “intervenciones destinadas a mejorar la forma o el funcionamiento humanos más allá de lo que es preciso para restablecer o mantener la buena salud”<sup>14</sup>. Naturalmente, las “intervenciones” médicas a las que se está refiriendo este autor también incluyen la prescripción de medicamentos, especialmente de aquellos que actúan sobre las funciones cognitivas y conductuales o sobre el rendimiento físico y sexual.

En esta misma línea, hay que señalar, aunque sea de forma sumaria, que merced a los grandes avances tecnológicos habidos en el dominio conocido como NBIC (*nanotechnology, biotechnology, information technology y cognitive sciences*), la “medicina para el perfeccionamiento” puede verse superada por la que Gregor Wolbring ha identificado como *transhumanist/enhancement medicine*, que podríamos traducir al español como “medicina para el perfeccionamiento transhumano”. Desde esta nueva perspectiva médica, los atributos físicos y mentales de cualquier individuo serán siempre perfectibles y el cuerpo humano quedaría reducido a una estructura orgánica cuya obsolescencia demandaría intervenciones tecnológicas más o menos programadas. El baremo de la normalidad ya no habría que buscarlo en la media estadística, sino en el estado “transhumano” o, sin entrar en matizaciones, “poshumano”, al que se accedería gracias a tecnologías específicas. Según Wolbring, independientemente de las ideas conven-

cionales acerca de la salud, el hombre se encontraría “en una necesidad constante de mejora merced a las nuevas tecnologías que vayan apareciendo en el horizonte (algo así como ocurre con los programas informáticos)... La enfermedad, dentro de esta concepción, se identificará con la autopercepción negativa de una persona... sobre su cuerpo no perfeccionado”<sup>15</sup>. Por otro lado, no puede dejarse de aludir a las ideas del inventor y filósofo, Ray Kurzweil, conforme a las cuales no está lejano el momento en que la humanidad trascienda la biología y las máquinas se tornen *espirituales*, lo que pudiera dar lugar a nuevas y muy sorprendentes simbiosis, a una abolición de cualquier distinción entre naturaleza, humanidad y tecnología<sup>16,17</sup>.

El quehacer tradicional de la medicina ha estado centrado en resolver una gran pregunta: ¿qué hace enfermar a los hombres y cómo se les puede devolver la salud? Obviamente está pregunta sigue vigente, pero han surgido otras, quizá, tan importantes como ella: ¿qué mantiene a los hombres sanos, felices y satisfechos consigo mismos?, ¿qué podría hacer que los individuos fuesen mejores de lo que son? De esta manera coexisten actualmente en la práctica clínica dos grandes vectores de fuerza: el modelo biomédico (nacido en los hospitales de París a comienzos del siglo XIX) y el modelo biopsicosocial (que empezó a tomar cuerpo en las primeras décadas del siglo pasado). Y su interacción, que es más sinérgica que antagónica, ha ido borrando los límites –antes bastante definidos– entre salud y enfermedad, e imponiendo otra manera de demandar asistencia médica. El ideario y alcance de esta nueva concepción sobre el papel de la medicina en la sociedad, viene anunciándose desde hace tiempo. Una prueba de ello se puede encontrar en las palabras que el médico, sociólogo e historiador, Henry E. Sigerist (1891–1957), pronunció en el X Congreso Internacional de Historia de la Medicina celebrado en Madrid (1935): “El fin de la medicina no es curar un órgano enfermo, sino mantener al hombre ajustado a su nivel sanitario medio, y reajustarlo cuando sea preciso”<sup>18</sup>.

Así, en este desdibujado mundo de la salud y la enfermedad en el que se mueve la práctica clínica de hoy, ha hecho su aparición un paciente diferente, más bien habría que decir, como de hecho ya se dice, un *nuevo cliente*. Éste, en palabras de Kettner, “ya no

**Tabla 1**  
Ejemplos de deseos que pueden satisfacerse mediante intervenciones médicas

Deseo	Intervención médica
<p><i>a) Comienzo de la vida</i></p> <p>Deseo de no engendrar un hijo después de un coito plenamente consentido</p> <p>Deseo de engendrar un hijo con un determinado sexo</p> <p>Deseo de engendrar un hijo sin la participación de un hombre (<i>man not included!</i>)</p> <p>Deseo de alumbrar un hijo en una determinada fecha</p> <p>Deseo de engendrar un hijo tras una histerectomía</p>	<p>Píldora del día después</p> <p>Diagnóstico preimplante (DPI) para la selección sexual</p> <p>Adquisición de una ampolla de semen en un banco de gametos (p. ej.: <a href="http://www.cryos.dk">www.cryos.dk</a>)</p> <p>Cesárea programada</p> <p>“Útero de alquiler”</p>
<p><i>b) Infancia y juventud</i></p> <p>Deseo de alcanzar una determinada estatura</p>	<p>Hormonas que detengan o incrementen el crecimiento</p>
<p><i>c) Vida adulta</i></p> <p>Deseo de modificar los atributos sexuales</p> <p>Deseo de modificar la fisonomía</p> <p>Deseo de mejorar el estado de vigilia, las habilidades sociales o la potencia sexual</p> <p>Deseo de un sexo distinto al cromosómico</p> <p>Deseo de recibir una atención médica más holística o “espiritual”</p> <p>Deseo de un mayor rendimiento físico</p> <p>Deseo de deshacerse de un miembro sano (apotemnofilia)</p> <p>Deseo de una cirugía sin cicatrices</p> <p>Deseo de una apariencia juvenil</p> <p>Deseo de no someterse a una anestesia general</p>	<p>Mamoplastia, alargamiento de pene, etc.</p> <p>Medicina y cirugía estéticas</p> <p>Modafinilo, fluoxetina, sildenafil, etc.</p> <p>Cirugía para la reasignación de sexo</p> <p>Medicina alternativa y complementaria, acupuntura, ayurveda, etc.</p> <p>Eritropoyetina, esteroides, etc.</p> <p>Extirpación quirúrgica del miembro no deseado</p> <p>Técnicas laparoscópicas, etc.</p> <p>Tratamientos antienvjecimiento (químicos, físicos y quirúrgicos)</p> <p>Técnicas de anestesia local</p>
<p><i>d) Final de la vida</i></p> <p>Deseo de morir sin sufrimiento o inconsciente</p> <p>Deseo de inmortalidad</p>	<p>Sedación terminal</p> <p>Técnicas criogénicas</p>

necesita de los saberes y procedimientos médicos para convertir el sufrimiento de la enfermedad en la infelicidad de la normalidad, sino que precisa de tales saberes y procedimientos para aproximar y ajustar las condiciones del propio cuerpo al estilo de vida que desea”<sup>2</sup>.

En la medicina estética puede verse la primera muestra (estructurada y organizada) de lo que significa la medicina del deseo y, por tanto, comprender mejor a qué nos estamos refiriendo con la palabra “cliente”. Mediante el uso de las técnicas físicas, farmacológicas y quirúrgicas disponibles, sean propias o no de la medicina estética, ya no se busca curar una enfermedad o yugular el dolor y sufrimiento que pueda derivarse de ella, sino satisfacer los incontestables deseos de perfeccionamiento o mejora del individuo que los solicita. En este contexto, por tanto, las intervenciones clínicas no estarían dirigidas a un enfermo o paciente (en el sentido clásico y milenar del término), sino a alguien “sano” que quiere satisfacer el deseo de modificar algún aspecto de su fisonomía o de su conducta valiéndose de las posibilidades de la tecnología médica de cada momento. El interés de la medicina curativa consiste en explicar el porqué del enfermar, sin embargo, a la medicina que quiere satisfacer los deseos de sus clientes le preocupa cómo se mantiene y, sobre todo, se mejora la salud. Dicho de otra manera, aunque no repararemos mucho en ello, la terapéutica ha dejado de ser percibida como algo que solo tiene sentido en la enfermedad, para ser vista como un conjunto de técnicas capaces de optimizar el bienestar del individuo de acuerdo con sus deseos o necesidades.

Es verdad que la medicina curativa o tradicional en cierto sentido da respuesta a deseos muy profundos (curar una enfermedad potencialmente mortal), pero no se halla escrupulosamente comprometida con la satisfacción del paciente, sino con el ofrecimiento cabal a éste de las prácticas médicas mayoritariamente aceptadas dentro de la profesión para tratar en las mejores condiciones su enfermedad (*lex artis*). Además, en este nuevo marco, la relación médico-paciente se desprovee de casi todos sus atributos tradicionales para transformarse en un acto estrictamente venal en el que, por así decirlo, el médico se convierte en un mero “ingeniero de cuerpos” contratado por su cliente. De tal suerte que su práctica clínica no tendría por qué ajustarse a la ética médica, sino al derecho mercantil privado.

La medicina del deseo nos ha llegado a lomos del éxito de la técnica y abre la posibilidad cierta y radical de adentrarnos –como ya está ocurriendo– en un nuevo paradigma al cambiar la finalidad de la práctica clínica. Estamos ante un asunto que comporta profundas consecuencias sociales y axiológicas, que todavía no es percibido con claridad en muchos ámbitos, especialmente políticos, administrativos e, incluso, sanitarios, y, por ello mismo, está muy necesitado de análisis y de reflexión. Podemos distanciarnos cuanto queramos de esta clase de fenómenos y, seguramente, será lógico hacerlo, para definir una actitud política, moral o profesional frente a ellos. Pero, al hacerlo, no deberíamos olvidar la profunda advertencia que comporta la meditación orteguiana sobre la técnica, porque como escribió el filósofo: “la victoria de la técnica quiere crear un mundo nuevo

para nosotros, porque el mundo originario no nos va, porque en él hemos enfermado. El nuevo mundo de la técnica es, por tanto, como un gigantesco aparato ortopédico... y toda técnica tiene esta maravillosa y –como todo en el hombre– dramática tendencia y cualidad: la de ser una fabulosa y grande ortopedia”<sup>19</sup>. Ahora sabemos que hay piernas ortopédicas que permiten correr más velozmente que las piernas naturales, lo que, sin duda, nos obliga a preguntarnos constantemente ¿hasta dónde queremos llegar?

## Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. A. Mauri (Agencia “Laín Entralgo” de Madrid) su asistencia en la traducción de las citas tomadas del alemán y a doña Mercedes Echevarría (Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid) el interés puesto en la obtención de algunos artículos utilizados para la redacción del presente escrito.

## Bibliografía

- Porter R. The Greatest benefit to mankind. A medical history of humanity. New York: W.W. Norton & Co.; 1998 p. 64.
- Kettner M. “Wunscherfüllende Medizin” zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit. *Ethik Med.* 2006;18:81–91.
- The Goals of Medicine: Setting new Priorities. *Hastings Ctr Rep.* 1996(Suppl 6);26:S1–27.
- Porter R. Blood and Guts. A Short History of Medicine. Nueva York: W W Norton & Company; 2002 p. 51.
- López Ibor JJ. La medicina, como poder. Madrid: Editorial Prensa Española; 1975 p. 59.
- Aristóteles. Política (introducción y traducción de M. García Valdés). Madrid: Editorial Gredos; 1988 p. 115 (1267b).
- Santo Tomás de Aquino. Suma de teología (Parte I–II). Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 1989 p. 269 (I–IIae, q. 30, a. 4).
- Taylor C. La ética de la autenticidad. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1994.
- Taylor C. Multiculturalismo y la “política del reconocimiento”. Barcelona: Fondo de cultura económica; 2003.
- Almodóvar P. El monólogo de “La Agrado”. En: Clubcultura.com. Pedro Almodóvar, página oficial [en línea] [fecha de acceso 11 de marzo de 2009]. URL disponible en: [www.clubcultura.com/clubcine/clubcineastas/almodovar/esp/peli\\_madre5.htm](http://www.clubcultura.com/clubcine/clubcineastas/almodovar/esp/peli_madre5.htm).
- Dyer C. Surgeon amputated healthy legs. *BMJ.* 2000;320:332.
- Ortega A, Gasset J. Meditación de la técnica y otros ensayos sobre ciencia y filosofía. Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial; 1996 p. 107.
- Ortega y Gasset J. La rebelión de las masas. Madrid: Espasa-Calpe, SA; 1979 p. 104.
- Juengst ET. What does enhancement mean?. In: Parens E, editor. *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*. Washington, D.C.: Georgetown Univ Pr; 1998. p. 29.
- Wolbring G. The Triangle of Enhancement Medicine, Disabled People, and the Concept of Health: A New Challenge for HTA, Health Research, and Health Policy [monografía en internet]. Health Technology Assessment Unit. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, HTA Initiative #23, December 2005 [fecha de acceso 11 de marzo de 2009]; p. 19. Disponible en: [www.ihe.ca/documents/HTA-FR23.pdf](http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR23.pdf).
- Kurzweil R. The age of spiritual machines. Are we spiritual machines?. New York: Penguin; 2000.
- Kurzweil R. The singularity is near. New York: Penguin; 2005.
- Sigerist HE. L'Histoire de la Médecine et la Sociologie médicale. En: X Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Libro de Actas, Madrid, 1935, Tomo II, Fasc. I, p. 325–6.
- Ortega A, Gasset J. Meditación de la técnica y otros ensayos sobre ciencia y filosofía. Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial; 1996 p. 108.