

EDITORIAL / Editorial

QUÉ PASÓ EN LA MEDICINA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

Francisco Maglio*

Doctor en Medicina

Ocurrieron dos hechos trascendentales (entre otros importantes) para analizar, porque cambiaron drásticamente la práctica médica: el gerenciamiento en salud y la medicina basada en la evidencia.

Gerenciamiento en salud

Una editorial del *British Medical Journal* del 13 de septiembre de 1997 lo define como un “sistema de prepago fijo para cobertura de atención médica, a través del cual la empresa prestadora controla los costos frenando el uso de los recursos. Es la aplicación de las prácticas *standard* de los negocios a la prestación de la atención médica”.

Analicemos esta definición:

“Controla los gastos”: acá no aparece la calidad de la prestación, es una concepción “econometrista”. Además constituye una falacia, como denuncia un editorial del *New England Journal of Medicine* (1999;341:120) que al privatizar (gerenciar) el Medicare en los Estados Unidos de Norteamérica aumentaron los costos y disminuyó la calidad de atención.

“Frenando el uso de los recursos”: resulta interesante que sea la única empresa cuya ganancia es restringir sus productos.

“Prácticas *standard* de los negocios”: queda claro que dichas prácticas tienden a aumentar la rentabilidad y disminuir las inversiones de riesgo. Estas últimas, en salud, son los gastos no esperados (por ejemplo, situaciones de emergencia o de catástrofes) de los cuales la empresa gerenciadora no se hace cargo, por lo cual los gastos recaen en el aumento del “copago” de los socios o bien en la disminución de los honorarios médicos.

Este sistema de gerenciamiento deteriora la calidad de vida no solamente de los profesionales sino también de los pacientes. Cabal prueba de ello es el discurso del presidente Bill Clinton, de Estados Unidos, ante la Asociación Médica Norteamericana en 1998, cuando al referirse a los HMO (“*Health Management Organization*”) dijo:

- *Algo anda mal* cuando el médico pasa más tiempo con el contador que con su paciente.
- *Algo anda mal* cuando se emplean más horas llenando formularios que haciendo recorridas de sala.
- *Algo anda mal* cuando no es el médico quien toma decisiones médicas.
- *Algo anda mal* cuando esas decisiones tienen en cuenta intereses diferentes de los del enfermo.
- *Algo anda mal* cuando el paciente no es informado de todas las opciones sino solamente de las económicas.
- *Algo anda mal* cuando se deja de lado el juramento hipocrático que compromete al médico a seguir el tratamiento que, de acuerdo con su juicio y conocimiento, considera el mejor para beneficiar a su paciente.
- *Algo anda mal...*

* Correo electrónico: redaccion@osteologia.org.ar



Una nota editorial del *New England Journal of Medicine* del 19 de diciembre de 1998 da cuenta de que el 70% de los médicos han visto deteriorada su calidad de vida y la de sus pacientes y ese deterioro era proporcionalmente mayor en las áreas donde había sistemas de gerenciamiento médico.

A este respecto es ilustrativo el discurso del Dr. Scher, Presidente de la Academia Estadounidense de Pediatría, del 15 de marzo de 2000, publicado en *Dermatology World* 2000 (mayo, pág.3), refiriéndose con un fino y certero humor a las gerencadoras de salud:

“Estos son tiempos de gran desafío para la medicina, especialmente ahora que burócratas y tecnócratas de las compañías gerencadoras de salud están tomando cada vez más decisiones médicas.

Recientemente he escuchado esta anécdota durante un discurso dado por el Dr. C. Everet Koop en la New York Academy of Medicine sobre el presidente de una Gerenciadora de Salud, que tenía una entrada para un concierto de la *Sinfonía Inconclusa* de Schubert. No podía utilizarla, así que se la dio a uno de sus auditores. A la mañana siguiente, el ejecutivo le preguntó al auditor qué le había parecido la Sinfonía.

Sin decir una palabra, el auditor le entregó a su jefe un formulario oficial de auditoría con cuatro puntos principales.

Primero, por un período considerable, los que tocaban el oboe no tenían nada que hacer. Su número debe ser decididamente reducido, y su trabajo distribuido entre toda la orquesta, evitando así picos de inactividad.

Segundo, los 12 violines estaban tocando notas idénticas. Esto parece una duplicación innecesaria y el plantel de esa sección debe ser drásticamente disminuido. Si se requiere un gran volumen de sonido, se podría utilizar en su lugar un amplificador.

Tercero, no se cumple con ningún propósito útil al repetir con los cornos un pasaje ya tocado por las cuerdas. Si todos estos pasajes redundantes fueran eliminados, el concierto podría reducirse de dos horas a veinte minutos.

Y por último esta sinfonía tuvo dos movimientos. Si Schubert no hubiera logrado sus objetivos musicales al final del primer movimiento, debería haberse detenido allí. El segundo movimiento es innecesario y debe ser suprimido.

La crítica concluía diciendo que si Schubert le hubiera prestado la atención necesaria a estos asuntos, hubiera tenido tiempo para terminar la sinfonía”.

¿Significa todo lo antedicho que en salud no hay que gerenciar?

Nada de esto, hay que gerenciar.

Pero si gerenciar significa optimizar (no solo restringir) los recursos, manteniendo (incluso mejorando) la calidad, los que están en mejores condiciones para ello son los médicos y la comunidad, con ayuda técnica (no ideológica) de los economistas.

Porque en salud no se puede pensar solamente en bajar los costos auditando nada más que la sobreprestación, por el contrario hay que auditar (y denunciar) también la subprestación.

Ejemplo:

- un auditor “econometrista”: “a este paciente le están dando 3 antibióticos y con 2 es suficiente”.
- un auditor médico-comunitario: “a este paciente le están dando 1 antibiótico pero necesita 2”.

La salud no puede guiarse solo por las leyes del mercado, es un derecho humano básico y toda persona por ser persona tiene derecho a la salud, independientemente de su condición económica.

De no ser así, terminaremos en una salud “VIP” para unos pocos que tienen muchos

recursos y una salud “villera” para unos muchos que no tienen nada.

El gerenciamiento en salud tiene que guiarse por el principio de justicia distributiva basado en la equidad.

En Argentina el problema (en salud) no es la falta de recursos (30 mil millones por año) sino su distribución injusta. Esa distribución debe ser implementada políticamente en términos de justicia y de participación comunitaria, porque la beneficencia sin justicia es humillación.

Medicina basada en la evidencia (MBE)

La MBE fue descripta por primera vez por Sackett como “la capacidad para acceder a la evidencia científica creciente, evaluar *críticamente* su validez y utilidad, e incorporarla dentro de nuestra práctica clínica”.¹

El mismo Sackett cinco años después afirmó: “He decidido nunca más escribir cualquier cosa relacionada con la MBE. Hay muchos más expertos de lo que sería saludable: retardan el avance de la ciencia y provocan daño a los más jóvenes al adueñarse de la verdad”.⁴

La MBE puede informar pero nunca reemplazar el nivel de experiencia clínica individual y es esa experiencia la que decide si la MBE se aplica al paciente individual y, en ese caso, cómo debe ser integrado dentro de la decisión clínica.²

El metanálisis, aun reconociendo su valor, cuenta con limitaciones, dado que es un método retrospectivo, que combina la información publicada y asume una uniformidad de tratamiento y de la población, aunque el problema tratado no sea uniforme y las diferencias grupales sean médicamente relevantes.²

Aspectos críticos de la MBE³

- ¿Evidencia de quién o quiénes?
- Intereses no científicos (presión de la industria técnico-farmacéutica).
- Los ensayos controlados informan sobre un paciente “promedio” y “sano”.
- Los protocolos no siempre son comparables (las pruebas de homogeneidad no siempre son concluyentes).
- Los resultados negativos no se publican.
- No tiene en cuenta los contextos sociales (efectos simbólicos).
- No muestra evidencias sino los “argumentos” de esas evidencias.
- No tiene en cuenta los “datos débiles” y las “excepciones”.
- Utiliza únicamente datos cuantitativos. Sabiamente advertía Einstein en *Mi visión del mundo*: “No todo lo importante puede ser medido y no todo lo que puede ser medido es importante”.
- Pasamos del “magister dixit” a “la evidencia dixit” y de la evidencia a la “obediencia”.
- Falacia “inductivista”: la población estudiada no es *toda* la población.
- Puede ser útil para demostrar eficacia y eficiencia.
- No es útil para demostrar calidad de vida (AVAC).
- Los metanálisis no evalúan la “calidad” de los estudios (profesionales).
- No incorpora la “narrativa” (subjetividades de la enfermedad).
- “La medicina es arte y ciencia; en arte no hay evidencia y en ciencia no hay certidumbres. Los autores de la evidencia son especialistas en efectos especiales”. Agrest A. (cit. en 8).



Problemas éticos de la MBE⁴

- Restricción en la libertad del médico para la toma de decisiones.
- El costo-beneficio subordina valores morales:
 - equidad distributiva
 - justicia social
 - autonomía
 - calidad de vida
- Usos espurios por grupos de poder:
 - Estado
 - Gerenciadoras
 - Compañías de seguros.

Una alternativa: la medicina basada en la narrativa (MBN)

La MBN⁵ por su parte pone el acento no tanto en la visión médica sino en la visión del paciente. La narrativa consiste básicamente en la subjetividad, esto es, lo que el enfermo *siente* que es su enfermedad.

Para un adolescente con granos en la cara el diagnóstico es acné, pero él *siente* vergüenza.

Un paciente cuyo diagnóstico es sida *siente* discriminación.

Esta narrativa consiste en la representación de su enfermedad, que es la experiencia social de lo vivido humano como enfermo^{6,7}

Para la MBE, los síntomas son objetividades medibles, para la MBN son subjetividades dolientes.

Para la MBE la enfermedad es una construcción biológica des-socializada.

Para la MBN la enfermedad es una construcción social con expresión biológica.

Para la MBE el enfermo es un promedio estadístico.

Para la MBN el enfermo es, kantianamente una persona, esto es, tiene dignidad y no precio, es un fin en sí mismo y no un medio, es un sujeto y no un objeto.

La MBE es la enfermedad, lo biológico.

La MBN es el sufrimiento, “invisible” a lo biológico, se “visibiliza” en lo biográfico.

Para la MBE, el enfermo es “un caso”.

Para la MBN, el enfermo es una historia de vida.

La MBN es la búsqueda del “sentido” del sufrimiento: un modelo explicativo.

Es la mediación simbólica para la comprensión de la enfermedad.

Cuando tenemos una idea cabal de por qué o para qué sufrimos dejamos de sufrir, sigue el dolor pero solamente el físico para lo cual tenemos analgésicos. El sufrimiento como dolor “total” desaparece. Para la narrativa, como ya se comentó, más que el interrogatorio se necesita un “escuchatorio” que en sí mismo ya es terapéutico.

Un aforismo de Hipócrates ya lo advertía hace 2500 años: “Muchos enfermos se curan con la satisfacción de un médico que los escucha”.

La MBN actúa con la eficacia simbólica que la psicoimmunología ha demostrado que interacciona a través de los mismos intermediarios inmunocito-químicos de la eficacia biológica.

Como ya se mencionó anteriormente, a través de la narrativa podemos desentrañar (porque a veces no resulta tan evidente) el verdadero proyecto de vida y esto es trascendental, puesto que constituye el “motor” para vivir tanto en salud como en enfermedad.

En palabras de Nietzsche: “Quien tiene un *por qué* vivir tolera cualquier *cómo* vivir”.

Con lo hasta aquí planteado, ¿quiere decir que hay que eliminar la MBE? nada de eso, hay que *integrarla* con la MBN.

Diagnóstico y tratamiento deben ser *juicios reflexivos* con:

- examen clínico minucioso
- lectura “inteligente” de los exámenes complementarios (“intus-legere”: leer adentro)
- incorporación crítica de la MBE (dónde, cuándo y en quiénes se efectuó el estudio)
- integración con experiencias propias y ajenas
- enriquecer la relación médico-paciente con la narrativa.

Se trata de visualizar en cada paciente aquella sabia definición de Miguel de Unamuno: “Un enfermo es un ser humano de carne y hueso, que sufre, piensa, ama y sueña”.⁸

(Recibido: diciembre 2014.

Aceptado: enero 2015)

Referencias

1. Sackett DL. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med* 1995; 88:620-4.
2. Doval H, Tajer C. Evidencias en cardiología. Buenos Aires: GEDIC, 2001.
3. Feinstein AR, Horowitz R. Problems in the «Evidence» of «Evidence-based Medicine». *Am J Med* 1997; 103:529-35.
4. Sackett DL. The sins of expertness. *BMJ* 2000; 320:1283.
5. Hudson JA. Narrative in medical ethics. *BMJ* 1999.
6. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books, 1988.
7. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based Medicine. Why study narrative?. *BMJ* 1999; 318:48-50.
8. Unamuno M. La vida literaria. Madrid: Espasa-Calpe, 1977.