

Médicos en Argentina y Latinoamérica

El editorial publicado recientemente en EVIDENCIA por la Dra. Kopitowski aborda el tema de la medicina basada en la evidencia en el tercer mundo¹. La selección del tópico es de por sí interesante, y el artículo aporta conceptos relevantes para nuestra práctica actual. Coincido plenamente con la colega en que solicitar estudios innecesarios o indicar fármacos inútiles no contribuye a prestigiar nuestra práctica, y ciertamente empeora la salud de nuestra comunidad, al dilapidar los siempre finitos recursos disponibles. Pero el trabajo hace también consideraciones sobre la desigualdad en el acceso a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, la incertidumbre sobre la generalizabilidad de la investigación procedente de países desarrollados, y la falta de datos sobre aspectos urgentes para la salud del tercer mundo. Quisiera compartir algunas reflexiones en torno a estos últimos aspectos que, si bien exceden en parte el tema original, encuentro relevantes a la hora de abordar la problemática planteada.

Padeceres y saberes

Como primer consideración, quisiera señalar que nuestros padeceres, además de constituir un obstáculo pueden -como cualquier circunstancia humana si existe el interés y se aplica una metodología adecuada- dar origen a saberes particulares. Por ejemplo, para un residente formado en los Estados Unidos puede hacerse muy difícil ejercer en el noroeste argentino, en un hospital público del conurbano bonaerense o aún en un medio privado de la ciudad de Buenos Aires donde la cobertura de cada paciente determina muchas veces las alternativas de diagnóstico y tratamiento. Poder continuar ejerciendo nuestra profesión y sobre todo poder reflexionar sobre nuestro accionar, sin caer en la desesperación o la inacción, es un primer conocimiento inscripto en el cuerpo de cada médico de la región. Nuestras diversas condiciones actuales de trabajo a lo largo y ancho del continente -al igual que las peculiaridades étnicas, climáticas o culturales- son una fuente de información y un campo de investigación que no puede ser aprovechada sino por nosotros.

Ciencia y bussines

Paralelamente, es necesario considerar -como el trabajo de la Dra. Kopitowsky señala- dónde se produce actualmente el saber médico. No podemos desconocer que, lejos de estar impulsada por la curiosidad, el "afán gnóstico" o la inquietud espiritual de la especie, la ciencia humana avanza hoy esponsorada por capitales que persiguen el lucro y participan además en forma importante de la especulación financiera, a cuya lógica y objetivos se someten las decisiones.²

El problema de la influencia del financiamiento en la investigación clínica motivó recientemente intensos debates en el seno de la comunidad médica norteamericana. Una amplia argumentación entre los editores de las principales revistas de los Estados Unidos terminó en la modificación de los requerimientos para la publicación de trabajos que incluye una declaración explícita sobre posibles conflictos de interés.³ Pocos meses antes, el Colegio de Médicos Norteamericano había dado a conocer una nueva versión de sus recomenda-

ciones para las relaciones entre médicos u organizaciones médicas y la industria farmacéutica, originadas en la acumulación de evidencia sobre la influencia de las recompensas económicas en la conducta profesional. Basándose en principios éticos, el trabajo hace recomendaciones explícitas sobre la investigación y las actividades educativas financiadas por la industria, tocando aspectos que tienen que ver con sesgos como la no publicación de resultados desfavorables, dudas sobre el valor de los estudios de "post marketing", problemas como la propiedad intelectual de los hallazgos y otros aspectos controvertidos del trabajo científico bajo estas condiciones.^{4,5} Sin embargo, la intromisión de lo económico en la actividad científica influye nuestro pensamiento y nuestra conducta de una manera más sutil que la posible manipulación u ocultamiento de datos.

En primer lugar, el hecho que la mayor parte de la investigación farmacológica sea realizada por la industria determina -como bien lo señala el editorial previo- que los nuevos desarrollos provengan de una agenda que tiene más que ver con la rentabilidad que con las prioridades de la humanidad. Así, mientras existe -por ejemplo- amplia información, basada en evidencia, metodológicamente intachable, sobre la utilidad de indicar estatinas a prácticamente todos los pacientes^{6,7} es difícil encontrar datos sobre nuevos fármacos para el tratamiento de enfermedades parasitarias, algunos de los cuales ni se han comenzado a producir por que sus potenciales usuarios, en su mayoría habitantes del tercer mundo, no pueden asegurar "la recuperabilidad de la inversión".⁸⁻¹⁰ Tanto es así, que entre 1993 y 1999, mientras las ventas de medicamentos aumentaban en América del Norte y en Europa, disminuían en África y Asia.¹¹

En segundo lugar, el solo hecho de que una abrumadora mayoría de los adelantos médicos surja hoy de la investigación farmacológica determina -al margen de su agenda- que la actualización bibliográfica lleve a leer casi exclusivamente trabajos sobre terapéutica medicamentosa, a menos que se aplique un importante y deliberado sesgo en la selección. Basta mirar la portada de cualquier publicación médico científica reconocida para constatar esta realidad. No es casual que se haya acuñado el término de "encarnizamiento terapéutico" (y no en cambio el de "indolencia") para describir algunas de nuestras conductas. No es fortuito que a pesar de las declaraciones académicas formales y bien intencionadas sobre el acompañamiento, el alivio y la explicación antes que la sanación, curar -en el sentido de "intervenir"- aparezca casi siempre, en forma implícita o explícita, como el fin último de nuestra práctica. Para sostenernos en este lugar -que en conjunto con la sociedad fuimos delimitando-, los médicos necesitamos creer que podemos cumplir la promesa de la curación. Bajo estas condiciones es esperable que nosotros -al fin también individuos falibles y vulnerables- pongamos una y otra vez el propio cuerpo (y expongamos el de otros), confundiendo a menudo los límites con la impotencia (...y el poder con la omnipotencia).¹²

Fármacos, medicina y salud

¿Que asuntos quedan de lado cuando el siempre escaso recurso temporal disponible para la capacitación y actualización se dedica casi exclusivamente a la lectura de novedades fármaco terapéuticas?

Un viejo trabajo sobre salud pública estimó la influencia de

distintos determinantes de la salud en la reducción de la mortalidad, comparándola con el porcentaje del gasto en salud asignado al área en cuestión en los Estados Unidos. Así, el estilo de vida, cuya contribución potencial a la reducción de la mortalidad se calculó en un 43%, solo recibía el 1,5% del gasto, el entorno medio ambiental con un aporte posible del 19%, recibía el 1,6% de los recursos; mientras el sistema de atención, con una participación de solo el 11% en la disminución de la mortalidad, se llevaba el 90% de la inversión.¹³ Cito ahora datos tomados de un artículo en defensa de la medicina: se estima que solo 5 de los 30 años en que aumentó la expectativa de vida durante el siglo veinte, y 3 de los 7 que lo hizo desde 1950, pueden atribuirse a la medicina, dependiendo el resto de factores económicos, sociales y psicológicos.¹⁴ Ciertamente vale la pena recordar aquí el viejo concepto de la pirámide de la salud, cuya base está formada por aspectos de promoción y prevención comunitarios como el acceso al agua potable y la alimentación adecuada y suficiente, la vivienda y la educación, y cuya cara oculta está constituida por los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad, mientras el tratamiento ocupa apenas el vértice superior.

Si estas consideraciones parecen duras, cabe agregar que hay pensadores que proponen que es necesario incluso detener el adelanto científico. Este, sostienen, al utilizar recursos para el desarrollo de tecnologías cada vez más caras y cada vez menos universalmente accesibles- no hace sino aumentar la inequidad en el planeta.¹⁵ Según la Dra. Brundtland, directora general de la OMS, "más de mil millones de personas llegan al siglo XXI sin haberse beneficiado con la revolución sanitaria".¹⁶ Ya mencionamos el continuo desarrollo de armas farmacológicas contra la "epidemia cardiovascular" que apuntan a elevar aún más la expectativa y calidad de vida de grupos poblaciones socioeconómicamente privilegiados, fuertemente dependientes del sistema. Análogamente el SIDA, antes una amenaza para promiscuos, es hoy mucho más peligroso para quien tiente al diablo pero además es pobre y no puede pagar el tratamiento. Coincidentemente, mientras el desarrollo de una vacuna -un esfuerzo tecnológico mayor, más largo y más costoso- está todavía en pañales y mayormente sostenido por aportes estatales; se multiplican los trabajos en marcha sobre nuevos antirretrovirales. Qué decir de las nuevas técnicas intervencionistas intravasculares. Qué pensar de los adelantos en clonación humana, potencial fuente de "auto injertos" para algún magnate resuelto a vivir más de 100 años, en un mundo donde la vacunación no es aún universal y existen aberraciones como las guerras o el trabajo infantil.

Yendo un poco más allá, a pesar del mencionado crecimiento del aporte biomédico a la prolongación de la vida en la última mitad del siglo pasado, cabe preguntarse hasta cuando se mantendrá esta tendencia. Aún sin preguntarnos por la multicausalidad de lo oncológico, no es difícil imaginar un escenario donde la violencia y los problemas ecológicos empiecen a cobrar más víctimas que el cáncer. Aún sin preguntarnos si es válida la promesa de prolongación de la vida que la tecnología ofrece como respuesta a la angustia de sabernos mortales, ¿sería lógico que la terapia génica desarrollase pulmones resistentes a la polución o ayudas inmunológicas para un ejercicio que enfrenta armas biológicas?. Y otra vez, ¿quiénes accederían a estos "adelantos"?.

Es posible que me esté dejando llevar por una mirada un tanto apocalíptica, pero ¿no es algo parecido lo que busca la investigación de organismos transgénicos para la agricultura y la ganadería, destruyendo la biodiversidad y soslayando el

principio de precaución invocado por ecólogos, biólogos, filósofos y eticistas, solo para que el rinde por hectárea "justifique la inversión" y existan dueños de patentes del genoma de semillas a quienes no hay más remedio que comprárselas año tras año?.

Un modelo que des-varía

Se dice frecuentemente que estamos "ante un cambio de paradigma", y esto es ciertamente muy posible. Pero es necesario comprender que un cambio de paradigma no es un giro modesto en la dirección del pensamiento, sino una modificación radical en la forma de pensarse y pensar el mundo. Que los beta bloqueantes estuvieran contraindicados en la insuficiencia cardíaca y hoy sean indicación obligada no es un cambio de paradigma, sino apenas una profundización y mejor comprensión del modelo fisiopatológico. Un cambio de paradigma - un giro copernicano - sucede cuando el modelo anterior se muestra inoperante, y un ejemplo es, precisamente, dejar de pensar la tierra como el centro del universo. ¿Estamos a salvo de estos cismas o simplemente hemos decidido que un conocimiento sirve únicamente si cumple con determinadas - arbitrarias - condiciones?. Todo cambio cuestiona un orden establecido y sostenido por intereses y poder. El origen del conocimiento que guía nuestra práctica no es (ni puede ser) ingenuo, inocente u "objetivo".

Nos cuesta pensar nuestras intervenciones en términos del "número necesario a tratar". Nos resulta difícil pasar del pensamiento de la enfermedad individual al de la salud comunitaria. Mucho más nos cuesta llevar a la práctica clínica la complementación del enfoque biomédico con el biopsicosocial (al que algunos agregan ya la dimensión espiritual); y ninguno de estos es un verdadero cambio de modelo. Pensemos en la acupuntura con sus meridianos y puntos cuya aplicación varía de hemisferio a hemisferio y en cada solsticio y equinoccio, o en los conocimientos sobre salud de los pueblos originarios. ¿Deben estos conocimientos validarse en el modelo fisiopatológico o deben ser comprendidas dentro de otro paradigma?.

Ser el brujo de la tribu

Muchos de estos conceptos eran simplemente impensables para muchos de nosotros hace apenas pocos años. Aún hoy son inhabituales, y para algunos pueden ser incluso inadecuados. Sin embargo, el debate ciertamente nos compete. El deterioro del modelo mundial (expresado en la cultura económica, científica y artística hegemónica) es cada vez más evidente, y da lugar al desarrollo de pensamientos alternativos. Así como, en tanto humanos, nos compete considerar nuestro lugar planetario como única especie pensante y tecnológica; como brujos de la tribu no podemos dejar de reflexionar sobre nuestra tarea y nuestro rol social.

En primer lugar parece razonable revisar la agenda de nuestra actualización e investigación. Hace tiempo que EVIDENCIA viene incorporando temas como el burnout, o trabajos sobre estrategias para comunicar malas noticias. También podríamos investigar qué aportes puede hacer la investigación cualitativa. Pero por sobre todo, aparece como urgente que dediquemos un tiempo a reflexionar sobre las bases funda-

mentales de nuestro trabajo. Como subraya Ian Mac Whinney, pionero de la práctica familiar, "al igual que cualquier otra rama de la ciencia o la tecnología, la medicina se basa en la teoría; y si bien es posible - no es aconsejable - ejercer durante toda la vida sin tener en cuenta la teoría".¹⁷ En la misma línea, el sociólogo Pierre Bordieu señala que "quienes afirman que el método es la ciencia, confunden el análisis de los métodos con la práctica; pero el método es imprescindible para que la disciplina se constituya como tal".¹⁸ El hecho que no se enseñe cual es el método de nuestro trabajo no es casual, e implica privar al practicante de un elemento indispensable para la autonomía profesional. Siguiendo siempre a Bordieu, puede decirse que los médicos, a fuerza de dejar de leer todo lo que no esté relacionado directamente con nuestra práctica y atenernos a lo estrictamente instrumental, corremos el riesgo de transformarnos en un elemento más de tratamiento. No puedo dejar de evocar estos conceptos cada vez que escucho a un residente -convertido en speaker involuntario y "ad honorem" de la industria - presentar un bibliográfico y ponderar el diseño y los hallazgos de estudios que difícilmente pueden esbozar las respuestas prioritarias o dar lugar a la reflexión que demanda la realidad que a pocos metros involucra de lleno a médicos y pacientes y determina la práctica en el hospital público donde trabajo. Al dejar de conceptualizar nuestra tarea, hemos perdido la dimensión teórica inherente a toda disciplina antropológica, reforzando nuestra condición de dependientes. Qué pensaríamos de un abogado que, considerando su profesión como un instrumento para ganarse la vida, estudia cuando caducan los plazos y sabe como enlentece un expediente o como interrogar a un testigo; pero -sin tomar conciencia de su rol social- no atina a reflexionar sobre el poder judicial en la organización de la nación ni sobre la ley como norma entre los hombres que expresa -en forma más o menos imperfecta- los usos y costumbres de los pueblos? ¿Qué le sucede a una

sociedad que depende de estos saberes técnicos? ¿Al servicio de quién está una Universidad que forma estos cuadros profesionales? ¿Y cómo puede resolver este dilema una institución que se replica a sí misma expulsando y rechazando la opinión de la comunidad "no iniciada"?

Padeceres, pareceres y saberes

Integrando las incertidumbres sobre la dirección actual del desarrollo científico y sobre la validez social de nuestra práctica presente, con la realidad de países del tercer mundo, es bueno pensar las palabras del sociólogo francés Edgar Morin quien dice "el sur de América, el sur del planeta, debe tener un rol muy importante, porque los países llamados atrasados tienen saberes que escapan al modelo hegemónico. El sur debe apoyarse en la creación de una política de la civilización. Debe dejar de considerarse objeto y pasar a ser sujeto de la historia".¹⁹

A modo de (s)in-clusión

Todo discurso, elige necesariamente resaltar determinados aspectos de una temática y soslayar otros, lo que lo hace forzosamente parcial. Por ende, y como toda argumentación, la aquí esbozada tiene su contrapartida (que por cierto, muchas veces, puede pensarse más como complementaria que antitética).

Deseo agradecer a los editores de EVIDENCIA la oportunidad de expresar estas ideas con la esperanza de contribuir a un debate sobre nuestra práctica, que estimo necesario.

Dr. Joaquín Averbach [Servicio de Clínica Médica Htal. Interzonal Gral. de Agudos Dr.Oscar Alende.Mar del Plata]

Referencias

1. Kopitowski K. Editorial: La medicina basada en la evidencia en el tercer mundo. Evidencia en Atención Primaria. 2002. Vol 5; nro6:162-163.
2. Carrasco A. La artritis de Dolly. Suplemento Futuro, Pagina 12, enero 2002.-
3. Sponsorship, authorship and accountability. Ann.Int.Med., Vol.135 Num.6, 463-466, september 2001. Editorial.-
4. <http://www.acponline.org/ethics/part1.htm>
5. <http://www.acponline.org/ethics/part2.htm>
6. Downs JR; Clearfield M; y col. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. JAMA 1998 May 27;279(20):1615-22.-
7. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals. Lancet 2002 Jul 6;360(9326):7-22.
8. Marcia Angell, The Pharmaceutical Industry-To Whom is it Accountable?, NEJM Vol 342, 25, pag.1902.-
9. Pécoul B, Chirac P, y col "Access to essential Drugs in poor countries. A lost Battle?" JAMA, Chicago, vol. 281, 27-1-97.-
10. Revista Messages, N° 102, enero-febrero de 1999. (Médicos Sin Fronteras, <http://www.msf.org>)-
11. Bulard M. El apartheid sanitario, Le Monde Diplomatique, Edic. Cono Sur, N° 9, Marzo 2000.-
12. Brundtland GH, 52 Asamblea Mundial de la Salud, "El futuro de la OMS después de un año de cambios". Informe sobre la salud en el mundo, OMS, Ginebra, marzo de 1999.-
13. Dryzun J; Como se cuidan los que cuidan. Taller, Curso de Capacitación y Acreditación en Clínica Médica, 1 de junio de 2002, Mar del Plata
14. Dever GE; An epidemiological model for health analysis Soc. Ind. Res. 1976;2:465.-
15. Bunker J. P. Medicine matters after all. 1995. J.R. Coll. Phys. London 29:105-12.-
16. Hace falta una tregua en el progreso científico. Alfonso Buch (historiador de la ciencia). Suplemento Futuro, Diario Página 12, noviembre 1998.-
17. Medicina de Familia. Mac Whinney, Mosby/Doyma 1995.-
18. Costa Rica, 1982- Programa de re integración sociocomunitaria y vincular. Colegio de Psicólogos y Colegio de Médicos de Costa Rica.-
19. E. Morin, Reportaje. Página 12, 7 de septiembre de 2002