

El desafío de formar una comunidad con una mirada madura sobre los problemas de salud

The Challenge of Educating a Community with a Mature Look at Health Issues

La atención médica en la Argentina se ha descentralizado y fraccionado, y el papel rector de las autoridades sanitarias y las instituciones académicas y profesionales médicas es débil. El debate sobre la salud, así como la educación, no constituyen prioridades ni siquiera en los discursos políticos en un año electoral, salvo por invocaciones generales habitualmente vacías de contenido.

Tarde o temprano, el problema de la salud surgirá con la fuerza que merece, como uno de los indicados más extremos e inaceptables de la inequidad de nuestra sociedad. El debate requerirá establecer prioridades, fuentes de financiación, un orden diferente y, seguramente, la participación de diferentes grupos de profesionales y de la comunidad. En esa perspectiva, una de las tareas relevantes para las sociedades científicas y académicas es la preparación de la comunidad no médica para la discusión y la comprensión de los problemas de salud.

La relación de los pacientes y sus familiares con las estructuras médicas y los profesionales en particular ha cambiado mucho en las últimas décadas, en diversos planos sesgados por el tipo de coberturas.

En un extremo, los médicos de guardia de hospitales públicos refieren un trato basado en la desconfianza, que incluso llega a la violencia de parte de pacientes y familiares, probable reflejo de un sistema de atención deficitario conjugado con una situación de vida que se percibe como hostil: marginalidad, falta de cumplimiento de las promesas o ilusiones de ascenso social, y las diversas tragedias sociales de la pobreza y la no inclusión. A pesar del crecimiento sostenido de los índices económicos, en la Argentina se ha consolidado un sector de pobreza estructural que abarca el 30% de la población según cifras recientes, con escasas perspectivas de modificación a corto y a mediano plazos.

En el otro, pacientes con coberturas por su trabajo o dinero suficiente que les permiten múltiples consultas a profesionales, el acceso a Internet generando el nuevo “ciberpaciente”, chequeos minuciosos y la posibilidad de cuestionar las opiniones médicas con alguna autoridad o confrontar la de diversos colegas generalmente discrepantes. También en las guardias estallan conflictos, pero ya planteados como derechos del consumidor.

Aun en las mejores coberturas, lo habitual es que el paciente se encuentre bajo una atención médica “descentralizada” y superpuesta, ineficiente, con carencias en la estructura de contención, en particular en la atención primaria con médicos de cabecera. Podemos señalar la falta de una historia clínica única, incluso entre hospitales de la misma red, con honrosas pero escasas excepciones. Estas afirmaciones tienden a describir un panorama predominante sin desconocer los grandes logros en medicina familiar de algunos sistemas de cobertura.

Un paso adelante para superar el distanciamiento medicina-sociedad es promover la adopción de un nuevo papel participativo de los pacientes y la comunidad a través del denominado *empowerment**, es decir, la adquisición a través del conocimiento de un mayor poder de decisión y control sobre sus problemas de salud. La pregunta es cómo podemos como médicos contribuir al mejor conocimiento y comprensión de los problemas de salud por parte de población, lo que puede plantearse en diversos planos de complejidad. En la base de la pirámide, el reconocimiento de la falta de “alfabetización en problemas de salud” de segmentos importantes de la población, y en lo alto, la posibilidad de un papel participativo y activo de la comunidad en la selección de las estrategias y políticas médicas. En el centro, la construcción de un discurso médico diferente, que pueda encontrar su voz en los medios, y reconozca las bases racionales de las decisiones médicas, las evidencias científicas y su margen de incertidumbre.

ALFABETIZACIÓN PARA PROBLEMAS DE SALUD. HEALTH LITERACY

Una de las barreras fundamentales que dificulta la buena atención médica es la falta de la denominada en inglés *Health Literacy*, que puede traducirse como alfabetización para problemas de salud. Los autores la definen como “el grado por el cual el individuo tiene la capacidad de obtener, comunicar, procesar y comprender la información de salud y de los servicios para poder tomar decisiones médicas apropiadas”. (1)

La población no tiene fuentes confiables de información médica, y en muchos estratos tampoco la posibilidad de comprender la información existente, que le

* *Empowerment* se ha traducido como “empoderamiento”, un vocablo que todavía no es familiar entre los médicos no sanitaristas, y a los fines de este artículo prefiero utilizar el término originario en inglés.

permita aprovechar los programas y los recursos que existen para prevenir y manejar sus enfermedades. Una de las barreras básicas en nuestro país es el incremento del analfabetismo funcional, es decir, la incapacidad de comprender el sentido de un texto leído.

Existen sin duda condiciones que delimitan grupos poblacionales particularmente vulnerables en este sentido, delimitados por un nivel educativo bajo o el analfabetismo, la edad avanzada o los problemas cognitivos, y las barreras idiomáticas debidas al importante flujo migratorio de la Argentina actual. Estos grupos requieren programas y herramientas específicas.

En este plano, el desafío es producir información cuya comprensión se pueda evaluar y garantizar, y a su vez generar estructuras de acompañamiento y colaboración en el cumplimiento de las indicaciones médicas. (2) La mayoría de los sistemas de atención en nuestro país no adoptan actitudes proactivas en forma estructurada (citar a los pacientes, llamarlos por teléfono, invitarlos a reuniones de discusión sobre los problemas de salud), aunque existen múltiples proyectos parciales.

Para emprender esta tarea orientada al *empowerment* de los pacientes, para que puedan tomar los problemas de salud en sus manos con autoridad, el punto de partida es el conocimiento del nivel de alfabetización, su cultura, lenguaje, necesidades, valores, creencias, motivaciones y hábitos. Se requiere el trabajo de antropólogos, pedagogos, sociólogos, asistentes sociales, grupos comunitarios, y es una de las mayores ausencias de las instituciones rectoras en salud.

Las autoridades del Programa Remediar han publicado que aun aportando los medicamentos en forma gratuita, por ejemplo en el caso de los antihipertensivos, los pacientes retiraban medicación para cubrir sólo tres meses por año. (3) Aunque una de las barreras para la adherencia al tratamiento es la disponibilidad del fármaco, el solo hecho de proveerlo gratuitamente no lleva a un uso constante si no deviene parte de una cultura de cuidado personal y atención a los problemas de salud. Son escasas las evaluaciones y publicaciones en nuestro medio de las dificultades de la práctica atribuibles a esta temática.

CÓMO SE EDUCA LA COMUNIDAD SOBRE PROBLEMAS DE SALUD

Los temas de salud en los medios gráficos

A diferencia de la conocida frase “buenas noticias no son noticia”, para los medios periodísticos habituales, y aun para las revistas médicas, la información médica atrae al lector cuando refiere éxitos terapéuticos. Así, es frecuente que nos enteremos por los diarios de grandes avances en la cura de enfermedades que lamentablemente en la mayor parte de los casos no son reales o se encuentran sólo en etapa experimental en animales. En la Argentina existe una tradición de periodismo médico y páginas dedicadas al tema en los principales medios de difusión, pero carecemos de un

enfoque crítico y cuestionador como el que se ha desarrollado en las últimas décadas en habla inglesa. Hace pocos años, por ejemplo, con motivo de una denuncia de problemas en la investigación clínica, un matutino desarrolló una serie de notas de muy bajo nivel sobre este tema y sin ninguna otra intención que despertar una inquietud sensacionalista. Terminó, por suerte y como era de esperar, sin pena ni gloria. Y no porque faltan problemas en la investigación clínica, sino por la falta de seriedad del emprendimiento, y también en lo que nos toca, por nuestra falta de compromiso en participar en los debates públicos sobre temas de salud.

Es habitual que en forma acrítica, en cardiología por ejemplo, se publiquen en los diarios de mayor circulación notas sobre avances referidos por instituciones reconocidas o respetadas, que son simplemente estrategias de prensa y promoción: la incorporación de un equipo nuevo, un trabajo presentado internacionalmente que explorado en profundidad no aporta nada nuevo, etc. Basta recordar la novedad de que un antiinflamatorio podría competir con los cardiodesfibriladores implantables en la prevención de muerte súbita, publicada años atrás. Por pudor o para evitar controversias en una comunidad médica pequeña y de empobrecida tradición polémica, estas notas quedan en la cultura colectiva como verdades no desmentidas. Tomemos un ejemplo humorístico aunque real.

¡Aumentó un 50% el infarto en las mujeres! Anécdota verídica aunque usted no lo crea

Un lunes por la mañana, 14 años atrás, recibo un llamado de una autoridad de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) preguntándome sobre la nota aparecida en tapa de “un matutino de amplia circulación” afirmando que de acuerdo con estudios de la SAC había aumentado un 50% el infarto en las mujeres. En esa nota aparecía mi nombre citado como fuente, así como el de otros pocos colegas. La autoridad, con tono amenazante, señaló que mi responsabilidad en ese operativo de prensa se investigaría y se tomarían las sanciones del caso, porque nadie podía hacerse autopromoción, etc. Tratando de despertarme de la pesadilla de un lunes extraño, compré el diario y confirmé la noticia sorprendente. La historia que luego pudimos rearmar parece haber surgido así: semanas antes, un periodista de ese matutino había solicitado materiales de la SAC y se le habían brindado las encuestas del Comité de Investigación, de dos años consecutivos, una de infarto y la siguiente de insuficiencia cardíaca. Este periodista ingresó las tortas en la computadora del diario, y aparentemente un jefe notó que en la primera encuesta había un gráfico de torta que indicaba que las mujeres ocupaban sólo el 25% de la población (coronariopatía aguda) y en la segunda el 37,5% (insuficiencia cardíaca de múltiples causas), y por error estimó que ambas habían relevado infarto. Para paliar la ausencia de noticias de los lunes por la mañana, creó esta tapa con gran repercusión. Los comentarios de los colegas los

habían tomado de los editoriales de ambas encuestas, sin consultar con nadie, lo que me evitó finalmente sanciones y el anunciado descuartizamiento público.

La decisión política de la SAC en ese momento fue no desmentir la noticia (“nadie puede contra una tapa de ese diario”) y aprovechar la circunstancia para negociar publicidad para el Congreso y para difundir la importancia de la prevención cardiovascular en mujeres. Aparecimos en varios medios televisivos, radios, una publicidad de camisas para hombres atribuyó este incremento de infartos a lo impactante de sus productos sobre el sexo opuesto, durante semanas se mantuvo en los diálogos radiales como motivo de contrapunto hombres-mujeres, y pasó al acervo colectivo de la epidemiología en cardiopatía isquémica.

UN INTENTO DE EVALUAR Y CONTRIBUIR A MEJORAR LA INFORMACIÓN MÉDICA EN LOS MEDIOS

No existe en este momento ninguna instancia activa en el control de la información que se publica sobre temas médicos y, en general, las asociaciones médicas adoptan una postura muy cautelosa respecto del cuarto poder, como se pudo confirmar en el ejemplo anterior. De otra manera, no podrían existir programas televisivos, que florecen luego de medianoche, prometiendo curas con imposición de manos, nuevas tecnologías no validadas, testimonios de pacientes sanados milagrosamente, e incluso ofertas de mantos o agua del Monte Sinaí. La tendencia al pensamiento mágico es muy fuerte en nuestra cultura. Carl Sagan señaló que existe un divorcio entre el gran desarrollo científico de los Estados Unidos y la mitad de la población que lee diariamente el horóscopo y lo toma en cuenta para sus decisiones cotidianas. (4) Tenemos pendiente un inmenso trabajo cultural para integrar la salud y la medicina científica al cuerpo de creencias de la población, en particular por nuestros pecados de deshumanización y una visión excesivamente técnica y operativa, vacío que es llenado por medicinas alternativas no validadas e impostores de todos los pelajes.

Un primer paso sería generar información de alto nivel, que permitiera una presencia seria y consolidada en los medios para nuestra sociedad científica. Una gran tarea pendiente.

Un tema de no menor relevancia es trabajar en la evaluación de la calidad de la información médica de las publicaciones en los medios. En los Estados Unidos existe una fundación independiente que califica en su página artículos publicados en revistas generales sobre temas médicos. (5) Elaboraron para ese fin una guía de diez preguntas, como las que aplicamos para el arbitraje de los trabajos de investigación para congresos o publicaciones. Por ejemplo, en fecha reciente se conoció una investigación sobre el uso apropiado de la angioplastia en pacientes con enfermedad coronaria crónica en los Estados Unidos. (6) En esa publicación del *JAMA* se informó que de las angioplastias, el 71% se aplican en cuadros agudos y pueden ser consideradas apropiadas.

En los casos crónicos, el 29% restante, en la mitad la aplicación se consideró apropiada, el 38% de beneficio incierto y en el 11,6% inapropiada. Dada la relevancia que tiene para la economía estadounidense el gasto en salud, el *Wall Street Journal* revisó este artículo para sus lectores. (7) La nota resultó excelente, se evaluó con el sistema comentado y alcanzó 9 de 10 puntos. (8)

A los fines de un ejercicio, apliqué esa misma escala, que se reproduce en la Tabla 1, en varios trabajos publicados en un matutino de buen nivel informativo. Ejemplificaré con uno de ellos, sin especificar el tema ni los médicos participantes. La nota tenía un objetivo claro de autopromoción, lo que hasta cierto punto es válido en un reportaje; lo que falló fue el trabajo de periodismo médico, que contrastara los planteos de los colegas con la información científica u otras fuentes. En este artículo se hacía hincapié en la escasa aplicación de una práctica quirúrgica en nuestro país y los beneficios que tendría. En la Tabla 1 se resume mi evaluación personal, sobre la base de la guía comentada.

Me permito aclarar que esta es una de las mejores notas, lo que resalta la necesidad de que tomemos algún papel en el asunto. Quizá el *blog* de la *Revista Argentina de Cardiología* pueda ser un ámbito para que los colegas publiquen evaluaciones sobre la calidad de la información médica de los medios y con el tiempo promover un cambio en la cultura del periodismo médico.

Los *blogs* y las redes sociales médicas pueden cumplir una función muy relevante si intentan hacer visibles las carencias y las limitaciones del sistema de salud, que reposa bajo un manto de silencio. Un ejemplo muy interesante ha sido la experiencia en Taiwán de los médicos de los sistemas de emergencia. La Sociedad Taiwanese de Medicina de Emergencia llevaba una prolongada negociación, de varios años, con el intento de resolver la superpoblación de las guardias médicas. En febrero de este año, un *blogger* médico creó un grupo de Facebook denominado “Rescatando a la sala de emergencia”. Se le unieron en pocas semanas 1.500 participantes, la mayoría médicos de emergencia, discutiendo las limitaciones y los problemas, con la particularidad de que el ministro de Salud se sumó a la discusión, la que fue adquiriendo mayores dimensiones. El Ministerio organizó inspecciones sorpresa a las guardias, confirmó la seriedad de las denuncias y comenzaron un diálogo abierto que llevó a la modificación presupuestaria. ¡Sin piquetes, paros ni huelgas! Parece otro cuento chino. (9)

LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y LA COMUNIDAD SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD. ¿QUÉ ES LO QUE SE SABE Y CÓMO DEBERÍA APRENDER A PREGUNTAR?

Una noche, al darme vuelta en la cama, mi dedo anular derecho se enganchó en la sábana y luego de escuchar un leve chasquido noté que no podía extender la parte distal del dedo. Supuse que se había cortado un tendón y llamé al sanatorio para hablar con el traumatólogo, que me sugirió que no hiciera nada y que al día siguiente

<p>1. ¿Establece la disponibilidad del tratamiento, producto, procedimiento?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No satisfactorio</p> <p>El artículo aclara que el método no se utiliza, pero no evalúa su disponibilidad salvo resaltando que existe un solo cirujano que lo hace.</p>
<p>2. ¿Discute costos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No satisfactorio</p> <p>No hay referencia a costos.</p>
<p>3. ¿Evita "fabricación de enfermedades"?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No satisfactorio</p> <p>Leyendo el primer párrafo, la descripción sugiere que es un problema común (debilidad, falta de aire, datos inespecíficos), cuando se trata de una enfermedad rara.</p>
<p>4. ¿Evalúa la calidad de la evidencia?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No satisfactorio</p> <p>No existe referencia a fuentes bibliográficas, y sin duda tampoco ha habido consulta a otros colegas ni lecturas relacionadas. Se confía toda la información a la opinión de un especialista, aunque con párrafos que funcionan como reafirmaciones de parte del periodista.</p>
<p>5. ¿Cuantifica los daños potenciales?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No satisfactorio</p> <p>El cirujano afirma que existen centros que pueden operar esta patología con un 1% de riesgo quirúrgico, pero no es interrogado acerca del riesgo quirúrgico de su propia experiencia o lo que la comunidad médica espera en la Argentina y condiciona su conducta. En un consenso del tema de la Sociedad Argentina de Cardiología, siguiendo líneas internacionales, se acepta como ideal una mortalidad menor del 10%.</p>
<p>6. ¿Establece la verdadera novedad del tratamiento?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio</p> <p>Se refiere que la técnica es conocida desde hace tiempo, pero poco aplicada y con potencial efecto beneficioso en casos individuales.</p>
<p>7. ¿Cuantifica los beneficios potenciales?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio</p> <p>Los beneficios se expresan a través del relato de casos con franca recuperación.</p>
<p>8. ¿Parece confiar solamente o ampliamente en una sola fuente o información de prensa?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No satisfactorio</p> <p>Justamente ese es el caso en esta nota.</p>
<p>9. ¿Usa fuentes independientes e identifica conflictos de intereses?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No satisfactorio</p> <p>El conflicto de interés obvio aquí es la autopromoción del profesional y, como se ha resaltado, no se buscan fuentes independientes.</p>
<p>10. ¿Compara la nueva estrategia con alternativas existentes?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio</p> <p>Se aclara que el tratamiento se aplica cuando han fracasado otros y no tiene alternativas.</p>

Tabla 1. Evaluación personal sobre un artículo publicado en un matutino, promoviendo una práctica quirúrgica. Puntaje de calidad periodística 3/10, siguiendo las líneas recomendadas en la cita 8.

me colocarían un vendaje o algo similar. Me dirigí la mañana siguiente al jefe de servicio para asesorarme, quien puso fecha de cirugía para el día siguiente. Preferí consultar con un colega de otra institución donde trabajaba, quien coincidió con la indicación y me sugirió, como salía de viaje, que me refiriera a un cuarto traumatólogo, quien se negó a operarme diciendo que no tenía

ningún sentido. Consulté finalmente al quinto para el desempate, ya un profesor, quien me dedicó el tiempo suficiente, y con su conocimiento de la bibliografía y bionomía me explicó que la estrategia de inmovilización alcanzaba un 80% de curación, quedando luego de un mes la opción quirúrgica, mientras que la cirugía inicial tenía una tasa de recuperación mayor pero obviamente

te era más agresiva y no carente de complicaciones. Preferí la inmovilización y tuve suerte de evolucionar dentro del porcentaje mayor de recuperados.

Actué como lo hace un paciente habitual: consulta a quien piensa que sabe del tema, con la presunción de que el problema ya es conocido y está resuelto, y se confía en su sugerencia sin preguntar demasiado. Este es el paciente médicamente ideal, admirador del médico y no cuestionador, por suerte para ambos en vías de extinción. ¿Por qué resultaría malo este paciente poco cuestionador para el médico? Porque le permite dormirse en sus prejuicios sin necesidad de defenderlos con argumentos serios y sólidos cuando se le pregunta.

Uno podría pensar que como médico yo debería haber tenido claras las preguntas para hacer; sin embargo, en la práctica esto no necesariamente es así. ¿Cómo nos educamos comunitariamente en temas de salud?

La educación para la salud es sólo un elemento menor en la educación primaria y secundaria y está ausente en los programas de enseñanza universitarios. Vamos aprendiendo de las experiencias familiares, de los médicos que nos tocan, de las notas del periodismo médico en periódicos, diarios y los programas televisivos sobre salud, además de los mensajes publicitarios permanentes de empresas vinculadas con la salud.

En un libro reciente, con un título aparentemente ingenuo, "Las diez preguntas que usted debe hacer a sus médicos", (10) el destacado periodista médico Ray Moynihan desarrolla una serie de propuestas de reflexión sobre la medicina contemporánea desde una mirada teórica pero a su vez pragmática. En la Tabla 2 resumo las diez preguntas generadoras que sugiere, las que en cada capítulo se diversifican y profundizan hacia muchas otras. A través de estas preguntas se recorre todo el espectro del pensamiento médico contemporáneo: la utilidad y las limitaciones peligrosas de los chequeos, la sobreutilización de métodos diagnósticos, las decisiones apresuradas o interesadas, la sobrein-

dicación de procedimientos, la falta de formación en medicina basada en evidencias científicas, los intereses que transcurren detrás de la indicación de un fármaco o dispositivo.

Imaginar que el próximo paciente al cual le propondremos un diagnóstico, recomendaremos estudios o tratamientos nos pueda someter a semejante interrogatorio puede parecer inicialmente una tortura, pero a poco de meditar sobre el tema notaremos que también conlleva beneficios.

El primero, que debemos prepararnos para estar al día con cada uno de estos posibles cuestionamientos sobre nuestras decisiones, madurando los conceptos de evidencias y pruebas científicas. No será suficiente en este caso contar con una guía de práctica clínica, sino comprender con qué fundamentos se sustenta cada recomendación. Necesariamente implicará una exigencia formativa y un compromiso mayor para estimar la magnitud del beneficio y de los riesgos eventuales y poder explicarlos en el contexto del paciente. Este camino se asocia también con un avance en la comprensión de los conflictos de intereses y lo acotado del valor de los consensos cuando no existen datos firmes salvo la opinión de los participantes, codificada como evidencia C.

El segundo, que nos permitirá compartir con pacientes y familiares la incertidumbre propia de las decisiones médicas.

LAS GUÍAS DE AYUDA PARA LA DECISIÓN (DECISION AIDS)

Muchas instituciones médicas en el mundo desarrollan materiales de lectura que ayudan para la toma de decisiones médicas, aportándole al paciente la información elaborada científicamente y en forma didáctica sobre temas complejos. Esto también está poco desarrollado en nuestra especialidad en la Argentina. Simplemente como ejemplo, en los últimos años se ha insistido mucho

Sobre estrategias diagnósticas

1. ¿Necesito realmente ese estudio?
2. ¿Tengo realmente esa enfermedad?
3. ¿Necesito realmente hacer un chequeo?

Sobre tratamientos

4. ¿Qué opciones alternativas existen?
5. ¿Cómo actúa ese tratamiento y cuánto bien hace?
6. ¿Cuáles son los efectos adversos?
7. ¿Esta operación realmente me ayudará?

Algunas consideraciones generales

8. ¿Cuál es la evidencia?
9. ¿Quién más se beneficia con esto?
10. ¿Qué puedo hacer para ayudarme a mí mismo?

Tabla 2. Las diez preguntas que usted no debe dejar de hacer a sus médicos, según Ray Moynihan

sobre los riesgos de enfermedades cardiovasculares en mujeres. En mi práctica profesional es frecuente la consulta de mujeres posmenopáusicas, por ejemplo de 55 años, que han recibido la recomendación de tratar con estatinas su colesterol total de 230 mg/dl, en ausencia de otros factores de riesgo, para “evitar que se tapen las arterias en forma inminente”. Utilizando el cálculo del puntaje europeo de riesgo resulta que el riesgo de un ataque mortal a los 10 años con esa edad y factores de riesgo es del 7 por mil, y se reduce a 6 por mil bajando 60 mg/dl su nivel de colesterol. Con esta información disponible, la decisión será tomada en conjunto con la paciente, pero desde otra plataforma de racionalidad, ¿dónde puede leer la paciente este concepto? En ese sentido conviene comparar la retórica del miedo con la guía desarrollada por la Clínica Mayo (Figura 1) para pacientes con riesgo alto de acuerdo con el puntaje de Framingham sobre esta misma decisión.

¡Atención!

Ante la decisión de tomar o no estatinas, no podemos saber si usted estará entre aquellos que no se beneficiarán (por no tener un ataque en forma natural o por tenerlo aun tomando las estatinas) o entre los que se beneficiarán (evitando un ataque cardíaco al tomar estatinas).

El instructivo se acompaña de otro gráfico similar sobre efectos adversos de las estatinas. Es indudable el papel didáctico de la visualización de que la mayoría de las personas seguirán su curso inmodificado a pesar de tomar estatinas, pero que algunos se beneficiarán, lo que resalta la utilidad de estrategias poblacionales de gran impacto pero impredecibles individualmente.

El uso de materiales de ayuda para la decisión tiene un gran interés conceptual, dado que permite considerar los valores y la relevancia que los pacientes le atribuyen al fenómeno. No es lo mismo recomendar a una mujer que tome calcio y hormonas por osteopenia

“porque de otra manera se encamina rápidamente a la fractura” que poner el riesgo y el beneficio en términos cuantitativos, así como el nivel de certeza sobre las afirmaciones, y compartir la decisión con la mayor racionalidad posible. Existen sitios internacionales con abundante material disponible y de acceso libre sobre ayudas para la decisión. (12, 13)

La colaboración Cochrane publicó un metaanálisis sobre el impacto del uso de materiales de ayuda para la decisión evaluados en estudios controlados. (14) Observaron una reducción de la elección de cirugías invasivas a favor de opciones más conservadoras, de la utilización de hormonas posmenopáusicas y de la utilización del *screening* con PSA. No se demostró una mejora en la satisfacción en la toma de decisiones, el nivel de ansiedad y los resultados objetivos en salud. Es lógico que la tensión emocional sea mayor al verse obligado a tomar una decisión compleja que si se continúa con la creencia de que el médico sabe lo que es bueno y confiarse en él irreflexivamente.

ENFOCANDO LOS PROBLEMAS DE SALUD COMUNITARIOS. QUIÉN DEBE DEFINIR UNA NUEVA ENFERMEDAD Y LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO

Las sociedades científicas y los grupos académicos han creado instancias de trabajo colectivo para resumir recomendaciones que tienen gran influencia sobre la práctica médica. Una de ellas es la definición de nuevas enfermedades. Años atrás se generó un debate entre la Sociedad Americana de Diabetes, que propuso la eliminación del síndrome metabólico como problema de salud, restringiendo su uso conceptual a la investigación. (15) Contra esta propuesta surgió rápidamente un rechazo de parte de la American Heart Association, defendiendo a ultranza este concepto con nuevos criterios de definición, (16) lo que llevó a la necesidad de una negociación compleja y una “armonización” transitoria para el uso de esa denominación entre varias socieda-

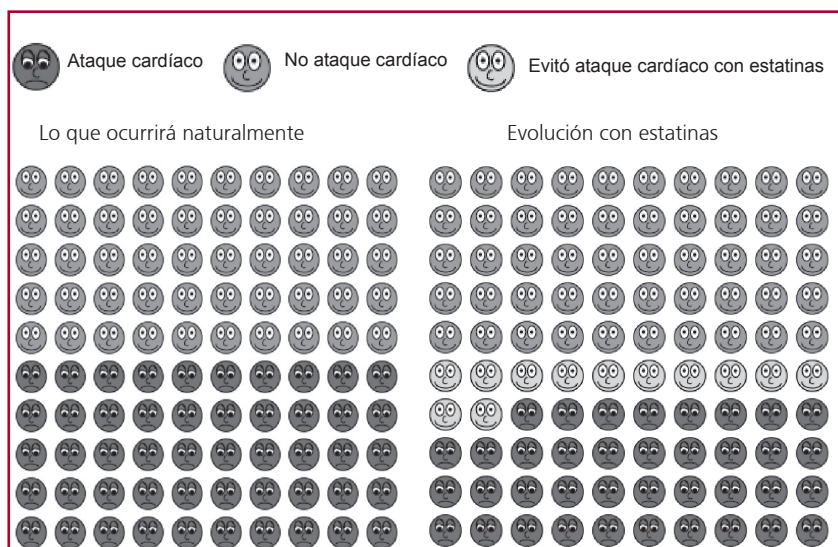


Fig. 1. Ayuda para la decisión sobre el uso de estatinas. Guía desarrollada por la Clínica Mayo para personas con riesgo de más del 30% de ataque cardíaco a los 10 años (50%). Traducido del original de la Mayo Clinic. (11)

des años más tarde, aunque la polémica aún persiste. (17) El debate no es ingenuo, dado que en una visión la denominación es simplemente una acumulación de factores de riesgo epidemiológicos de menor peso que los tradicionales, y por lo tanto no requiere una estrategia propia, sino simplemente la corrección de los factores influyentes; en otras palabras, se trataría de una enfermedad “inventada”. En la otra, tiene una fisiopatología común vinculada a factores hormonales, y que por lo tanto requiere un enfoque propio y específico. Hasta ahora la conducta médica se orienta sólo a los factores específicos, pero la presión en el sentido contrario es gigantesca.

Modificar los límites de definición de enfermedades tiene fuertes implicaciones en la calidad de vida de la población y en la orientación al consumo de medicina y fármacos. Se ha señalado que el cambio del límite para considerar diabetes a 126 mg/dl, efectuado sobre la base del riesgo futuro de desarrollo de patología microvascular, respecto del nivel previo de 140 mg/dl, incrementó el número de diabéticos en un 14%. Si se disminuyera el límite de 110-126 mg/dl como intolerancia a la glucosa a 100-126, el número actual estimado de 9 millones de personas en los Estados Unidos mayores de 50 años con intolerancia a la glucosa o diabetes aumentaría a 33 millones, es decir, ¡un 266%! (18) No se ha demostrado que el cambio original haya tenido ninguna influencia positiva y las proyecciones poblacionales de disminuir aún más el umbral son muy dudosas, e incluso los estudios de los últimos años han descartado la utilidad de controles muy estrictos de la glucemia que los acerquen a un ideal tan bajo. (19, 20)

Recientemente se modificaron los límites para la definición de diabetes gestacional, que incrementaron notablemente su incidencia: con la nueva definición, una de cada 5 mujeres embarazadas tendría este diagnóstico. (21)

El fenómeno de las definiciones consensuadas se multiplica mucho en el caso de los cuadros psiquiátricos, donde es permanente la propuesta de nuevas enfermedades que impliquen un código diagnóstico y un motivo de tratamiento: como ejemplos, el *social anxiety disorder* (personas muy tímidas), la disforia menstrual y el síndrome de déficit de atención en adultos.

El *British Medical Journal* dedicó una tapa reciente y varios artículos a debatir quién debe tener la autoridad para definir nuevas enfermedades, proponiendo que se limite a las sociedades científicas contaminadas por inmensos conflictos de intereses y recomendando la participación comunitaria en foros que excluyan del voto a las partes interesadas. (22, 23)

En cardiología, con la difusión de las nuevas tecnologías de imágenes, nos enfrentamos justamente a un número importante de nuevas enfermedades que no sabemos si son tales: el foramen oval permeable, el aneurisma del *septum* interauricular, el miocardio no compactado sin disfunción ventricular, los puentes musculares en la tomografía multicorte que se detectan en una de cada tres personas sanas, las obstrucciones

coronarias sin isquemia demostrable. Debemos evitar el hecho de pasar por la negativa experiencia de la epidemia de prolapso mitral con el advenimiento del ecocardiograma, que llegó a comprometer a una de cada 5 mujeres para pasar hoy a ser un problema de baja incidencia, corregidos los criterios de acuerdo con el aprendizaje sobre la evolución natural y mejores tecnologías de imagen. En ese sentido, exponer los criterios a un panel comunitario puede ofrecer ventajas, como evaluar la repercusión real que tendrá esa medida sobre la salud, su repercusión cultural y en los costos del sistema.

En el artículo citado del *BMJ*, Moynihan insiste en que el tipo de evidencia que se requiere para aceptar la definición de una nueva enfermedad no se expone habitualmente a la misma crítica rigurosa que se aplica para evaluar la relevancia de los ensayos terapéuticos.

Como resumen de este tema complejo, la directora del *BMJ* efectúa una recomendación a los médicos asistenciales: “Manténgase alerta sobre las nuevas definiciones de enfermedad, averigüe su proveniencia, exija mayor transparencia y reglas estrictas para los tomadores de decisiones, mantenga su independencia de criterio y busque la forma de estimularla en sus colegas”. (22)

HACIA EL FIN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES. JURADOS COMUNITARIOS EN LA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

En los últimos años hemos asistido cada vez con mayor frecuencia a exposiciones de panelistas internacionales que bastante a disgusto deben exhibir los listados de conflictos de intereses previos a cada presentación en congresos. Se ven obligados a exponer con qué empresas han mantenido alguna relación de índole comercial. Generalmente, esa diapositiva es pasada en forma rápida y la comunidad médica que no está tampoco exenta de este tipo de vínculos parece entender solidariamente que todo investigador clínico debe estar relacionado con diferentes empresas farmacéuticas que patrocinan ensayos. Las relaciones con la industria varían desde el cobro de honorarios para conferencias o participación en ensayos clínicos hasta la tenencia de acciones o participaciones de acuerdo con el éxito de los proyectos. La influencia de estos conflictos de intereses sobre lo que los panelistas opinan se ha documentado en múltiples investigaciones, y aun los más honestos no pueden evitar verse involucrados consciente o quizá no guste más pensar que inconscientemente en estos sesgos. Como ejemplo, la publicación última de la Definición Universal de Infarto (24) tenía 19 páginas, de las cuales 8 estaban ocupadas por la declaración de conflictos de intereses. He discutido anteriormente el tremendo sesgo a favor de la troponina y la inclusión de los microinfartos como eventos, tan cara a la industria de los biomarcadores y de los ensayos clínicos recientes. (25)

Se ha señalado, por ejemplo, que los resultados de los metaanálisis sobre el riesgo cardiovascular de la

rosiglitazona estaban condicionados por los conflictos de intereses de sus autores. (26) Los dos puntos en discusión eran la relevancia del incremento de infarto de miocardio observado y las recomendaciones para su uso. En ambos casos, la tasa de conclusiones positivas era 3,38 (IC 2,2-5) mayor cuando existía relación con la industria de parte de los autores y 4,3 veces mayor a su vez cuando tenían relación con los fabricantes del fármaco específicamente. Expresado en otros términos, los médicos con relaciones económicas con los fabricantes de la rosiglitazona tenían tres veces más probabilidad de opinar a favor del fármaco que en contra. Esto no tendría ninguna relevancia si los autores fueran considerados abogados del fármaco, pero resulta muy preocupante si el metaanálisis se pretende como una publicación científica. Otro de los hallazgos claros de esa revisión fue que los autores de los metaanálisis no declaran sus conflictos de intereses, que sí surgen claramente en los ensayos originales, lo que evidentemente falsea la verdad de su relación con la industria y las conclusiones. Se ha señalado asimismo que las guías de práctica clínica están también condicionadas por conflictos de intereses. En una revisión del tema sobre las guías cardiovasculares, el 56% tenía conflictos de intereses directos y un número no despreciable incluso poseía acciones de las compañías farmacéuticas o de dispositivos. (27)

Por ese motivo, el IOM, Institute of Medicine, dependiente de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos estableció en un documento en el año 2009 una serie de recomendaciones para evitar que estos intereses influyan sobre las conclusiones de las guías; entre ellas, que la redacción y presidencia de cada subtema esté reservada a profesionales que carezcan de vínculos directos con la industria en esa temática. (28) En los últimos años, la Food and Drug Administration (FDA), los National Institutes of Health (NIH) (29) y el National Institute of Clinical Excellence (NICE) de Gran Bretaña han adoptado una tolerancia cero a la participación en las votaciones de individuos con conflictos de interés financiero en el tema. Los NIH solicitan actualmente que los paneles tengan una representatividad más amplia que los subespecialistas. Como regla general, sugieren que además de médicos asistenciales e investigadores, el panel incluya bioestadísticos, epidemiólogos, profesionales no médicos y personas que representen el interés público en forma amplia.

Es evidente que esto no previene todo el problema. Existen intereses políticos, por apoyo económico a las sociedades científicas, o de desarrollo en el área involucrada que obviamente también condicionan las conclusiones.

En Gran Bretaña se ha desarrollado una política de elaborar consensos y guías a través del NICE. A diferencia de las guías habituales, son desarrolladas por médicos generales, miembros de la comunidad, con el asesoramiento de expertos pero con capacidad de decisión propia. La participación de panelistas y jurados no médicos implica traducir los beneficios, los riesgos

y los costos a un lenguaje claro y de interés comunitario. Esto implica un nivel elevado de formación en problemas de salud por parte de grupos comunitarios y la expectativa basada en una opinión sólo condicionada por el mejor interés en la salud de la población. En la Tabla 3 resumo una visión de la evolución de las guías y lo que puede esperarse en el futuro cercano.

Tomemos un ejemplo de opiniones sesgadas por conflictos de intereses. El ezetimibe es una droga que fue patentada e introducida en el mercado por su capacidad de disminuir el colesterol. En varios estudios de los últimos años se ha demostrado su falta de efecto sobre la progresión de la aterosclerosis y no existen evidencias de su utilidad sobre eventos clínicos en ningún contexto de la patología. La falta de conducta demostrada con el estudio Enhance, (30) que demoró su publicación por más de un año dada la ausencia de beneficio con el fármaco, llevó a que el American College of Cardiology afirmara públicamente que ese fármaco no pertenece al arsenal terapéutico cardiológico. Sin embargo, existe un estudio en curso, de finalización en el futuro impreciso por ahora, que tratará de establecer la utilidad clínica de la droga, llevado adelante por el grupo de Oxford. ¿No sería más lógico interrumpir por unos años la venta del fármaco? ¿No es el aval de un estudio abierto promovido por Oxford lo que mantiene las ventas de un fármaco de utilidad no demostrada? En un editorial reciente, Topol señaló la década perdida con el nesiritide. El fármaco fue patentado sobre la base de un estudio sobre su potencia diurética con una duración muy breve. Sólo diez años más tarde se concluyó el primer estudio con eventos relevantes clínicos, sin beneficio. Esperemos que el tema ezetimibe no termine con un nuevo editorial sobre los 15 años perdidos.

CONCLUSIONES

La tarea pendiente de las sociedades científicas y de los profesionales en el tema de la formación de la comunidad en los problemas de salud es inmensa. A menudo sentimos que los pacientes con mayor nivel cultural o inquietudes en el plano de la salud se configuran como una gran exigencia para los tiempos cortos de la atención médica. Sin embargo, ese nivel de participación se puede mejorar con materiales de lectura adecuados y la presencia en los medios de las sociedades y grupos académicos intentando cambiar la cultura de las promesas vacías y las novedades promocionales. Sería una gran contribución a la sociedad colaborar en la construcción de un pensamiento sobre la salud basado en la mejor evidencia científica y una medicina de valores. Esto permitiría una visión compartida con pacientes y familiares sobre las virtudes, pero también sobre las limitaciones en el conocimiento y la incertidumbre siempre presente frente a una decisión individual. Ayudaría a construir la base conceptual para una participación comunitaria madura.

La definición de nuevas enfermedades, la elaboración de guías para la práctica clínica y las sistemáticas

	Autor	Conflictos de intereses	Autoridad
Etapa previa	Sociedades científicas de la especialidad	No se declaraban	Consenso de especialistas
Etapa actual	Sociedades científicas e instituciones comunitarias	Declaración general	Consenso de especialistas
Probable evolución en el futuro cercano	Sólo instituciones comunitarias	Declaración puntual con montos económicos Inhibición de votar o redactar guías	Votación de jurados comunitarios

Tabla 3. Tres etapas conceptuales en la elaboración de guías de práctica clínica

Diagnóstico del problema	Conductas posibles	Perspectivas
Falta de alfabetización en problemas de salud	Reconocimiento del tema Elaboración de estructuras interdisciplinarias, materiales y retórica adecuada para su superación	Mejorar el <i>empowerment</i> sobre sus problemas de salud de sectores vulnerables
Falta de información rigurosa en los medios		
a) Por información sesgada e inadecuada	Crítica permanente y pública a los mensajes de salud en los medios que no cuenten con aval científico	Mejora del nivel del periodismo médico en los medios
b) Por falta de formación conceptual	Elaboración de materiales comunicacionales adecuados	Contribuir a la decisión compartida sobre la base del mejor interés del paciente
Falta de participación comunitaria en las decisiones en salud		
a) Guías y consensos	Excluir a participantes con conflictos de intereses y discutir la información con estructuras comunitarias	Guías orientadas al paciente y no al fármaco o al dispositivo
b) Definición de enfermedades	Debatir las prioridades en salud y las implicaciones de las nuevas nosologías	Definiciones que eviten la medicalización, el sobrediagnóstico y la excesiva medicación

Tabla 4. Diagnóstico, conductas posibles y perspectivas en la formación de la comunidad en problemas de salud

a ser respaldadas por el sistema de salud son tareas de inmensa importancia que no pueden dejarse en manos de profesionales o instituciones con intereses de poder y económicos. La participación de una comunidad activa y preocupada por los problemas de salud, que cuente con mejores materiales para su reflexión y una mejor formación en la mirada científica médica contemporánea puede dar lugar a una medicina más racional y humana.

En la Tabla 4 resumo algunos de los aspectos discutidos en esta carta, tratando de precisar el diagnóstico del problema, las conductas posibles y las perspectivas a lograr.

Dr. Carlos D. Tajer^{MTSAC}

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Health Literacy Implications for Health Care Reform: Workshop Summary Theresa Wizemann, Rapporteur; Roundtable on Health Literacy; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine, 2011.
2. Health Literacy Universal Precautions Toolkit. <http://www.ahrq.gov/qual/literacy/> (accessed February 24, 2011).
3. Bernsztein R, Drake I. Uso de medicamentos en hipertensión arterial en el primer nivel de atención pública argentina. La experiencia del Programa Remediar. *Rev Argent Cardiol* 2009;77:187-95.
4. Sagan C. El mundo y sus demonios: La ciencia como un candil en la oscuridad. Ballantine Books; 1997.
5. <http://www.healthnewsreview.org/index.php>
6. Chan P, Patel M, Klein L, Krone R, Dehmer M, Kennedy K, et al. Appropriateness of Percutaneous Coronary Intervention. *JAMA* 2011;306:53-61.
7. Winslow R, Carreyrou J. Heart Treatment Overused. Study Finds Doctors Often Too Quick to Try Costly Procedures to Clear Arteries.

<http://online.wsj.com/article/SB10001424052702304760604576428323005864648.html>

8. http://www.healthnewsreview.org/review.html?review_id=4081

9. Abdul S, Lin C, Scoll J, Fernandez-Luque L, Jian W, Hsu M, et al. Facebook use leads to health care reform in Taiwan. *Lancet* 2011;377:2083-4.

10. Moynihan R, Sweet M. Ten Questions You Must Ask Your Doctor. Australia: Allen and Unwin Publications; 2008.

11. http://mayoresearch.mayo.edu/mayo/research/ker_unit/upload/nyc_statin_avg_spanish.pdf

12. www.thedecisionaidcollection.nl

13. <http://informedmedicaldecisions.org>

14. O'Connor AM., Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, Entwistle VA, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub2.

15. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia* 2005; DOI: 10.1007/s00125-005-1876-2.

16. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation* 2005;112:2735-52.

17. Alberti K, Eckel R, Grundy S, Zimmet P, Cleeman J, Donato KM, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-5.

18. Kaplan R, Ong M. Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Ann Rev Public Health* 2007;28:321-44.

19. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2010. *Diabetes Care* 2010;33(Suppl 1):S11-S61.

20. Tajer C. Una mirada cardiovascular al tratamiento de los pacientes diabéticos sobre la base de los ensayos recientes de grandes dimensiones (NAVIGATOR y ACCORD) (Carta del Director). *Rev Argent Cardiol* 2010;78:292-8.

21. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care* 2010;33:676-82.

22. Moynihan R. A new deal on disease definition. How do we replace the old panels of conflicted experts? *BMJ* 2011;342:d2548 doi: 10.1136/bmj.d2548.

23. Goodle F. Who should define disease? *BMJ* 2011;342:d2974 doi: 10.1136/bmj.d2974.

24. Universal Definition of Myocardial Infarction. Kristian Thygesen; Joseph S. Alpert; Harvey D. White; on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. *Circulation* 2007;116:2634-53.

25. Tajer C, Charask A, Mauro V. Síndrome coronario agudo sin ST elevado persistente. Anginas inestables e infarto sin ST elevado. En: Doval H, Tajer C y col. Evidencias en Cardiología VI. Buenos Aires: Ediciones Gedic; 2010. Cap 9. p. 197-270.

26. Wang A, McCoy C, Murad M, Montori V. Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review. *BMJ* 2010;340:c1344 doi:10.1136/bmj.c1344.

27. Mendelson T, Meltzer M, Campbell E, Caplan A, Kirkpatrick J. Conflicts of Interest in Cardiovascular Clinical Practice Guidelines. *Arch Intern Med* 2011;171:577-85.

28. Institute of Medicine. Conflict of interest in medical research, education, and practice. 2009. www.iom.edu/Reports/2009/ConflictofInterest-in-Medical-Research-Educationand-Practice.aspx.

29. <http://consensus.nih.gov/aboutcdp.htm>.

30. Kastelein J, Akdim F, Stroes E, Zwinderman A, Bots M, Stalenhoef A, et al. Simvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 2008;358:1431-43.