

GACETA

SO
DE
PSI

SEPTIEMBRE 2020

ENTREVISTA

Abel Novoa: No Gracias!

Fernando Manríquez, Juan Carlos Almonte

(Rev GPU 2020; 16; 1: 14-19)

ENTREVISTA

Abel Novoa: No Gracias!¹

(Rev GPU 2020; 16; 1: 14-19)



Médico de familia, Doctor en Medicina por la Universidad de Murcia, Magíster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid, Coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, miembro del Consejo Científico Asesor de la Asociación Española de Bioética Fundamental y Clínica y del Institute for Scientific Freedom, Presidente de NoGracias (2013-2020) y actualmente Coordinador Regional para la Cronicidad Avanzada y la Atención Sociosanitaria del Servicio Murciano de Salud.

¹ Entrevista realizada vía correo electrónico por Fernando Manríquez Vargas y Juan Carlos Almonte Koncilja.

G: *¿Cuál es tu diagnóstico de la relación médico paciente en la actualidad?*

A: La relación médico paciente sufre un neopaternalismo científicista. Clásicamente el paternalismo ha sido moral: no existían terapias efectivas y, por eso, las recomendaciones médicas iban fundamentalmente en el sentido de recomendar estilos de vida y costumbres. El médico hacía estas recomendaciones en relación con su propio código moral sin incluir el del enfermo. No fue hasta mediados del siglo pasado que los avances tecnológicos posibilitaron intervenciones efectivas. La democratización de todas las relaciones sociales basadas en la autoridad, a través del desarrollo de los derechos civiles, impuso a la medicina la necesidad de que el paciente consintiera estas intervenciones médicas. Debido a estos cambios, que podríamos denominar democratizadores, gran parte de la segunda mitad del siglo pasado implicó reformas sustanciales en la relación médico-paciente debido a la implosión de principios, ajenos a la tradición médica, como el de autonomía o el de justicia. Estos principios se produjeron, sin embargo, en un contexto de gestión del conocimiento más tradicional donde el concepto de probabilidad, individualización de las terapias o aspectos más psicodinámicos de la relación, prevalecían. Sin embargo, en la última década del siglo pasado y, sobre todo, en lo que va del segundo milenio, una idea clave ha comenzado a dominar el pensamiento médico: la medicina basada en la evidencia. Este constructo en gran medida ha servido para reducir muchos de los problemas existentes en los procesos de toma de decisiones clínicas, pero al precio de estandarizar la práctica clínica y darle al conocimiento médico un estatuto de certeza que no tiene. Hoy en día, las decisiones autónomas de los enfermos son respetadas siempre que se produzcan dentro del marco de lo que es considerado científico. En caso contrario se considera que el enfermo actúa de manera irracional. El caso paradigmático es lo que pasa con las vacunas donde los padres que deciden no

vacunar a sus hijos son acusados poco menos que de homicidas y perseguidos por la opinión pública y los profesionales. Lo mismo si un enfermo con cáncer decide renunciar a la quimioterapia o un paciente diagnosticado de depresión a los antidepresivos. El efecto global es un neopaternalismo pero en vez de moral, como ha sido el clásico, científicista. Este neopaternalismo, como el tradicional moral, va contra las libertades individuales pero, a diferencia de este último, es más difícil de desmontar porque se sustenta en la evidencia científica que goza de un estatuto privilegiado de objetividad y verdad.

G: *Asumiendo que la medicina de hoy se ha ido despersonalizando, ¿cuándo y en relación con qué hechos históricos consideras que este giro se comenzó a dar?*

A: Creo que la implosión de la MBE ha sido un factor principal. Sin duda, el ensayo clínico y los instrumentos de síntesis de la evidencia son lo mejor que tenemos para hacer inferencias causales y estimaciones promedio del efecto de los tratamientos. Pero, a la vez, es una metodología con enormes limitaciones epistemológicas. El grado de objetividad otorgado a los ECAs está claramente sobrevalorado en la práctica médica por las dificultades de extrapolación del grupo experimental al paciente individual y por los sesgos inevitables de la propia metodología, como la confianza en que la aleatorización controle automáticamente los sesgos no observables o que sea verdadera una intervención efectiva desde el punto de vista estadístico. Estas limitaciones lógicas pertenecen al campo que en epistemología se ha denominado contexto de justificación. Pues bien, a las limitaciones propias del contexto de justificación hemos de unir las propias del contexto de descubrimiento, es decir, los condicionantes socioeconómicos en los que se genera, difunde y aplica el conocimiento. Nos encontramos, por tanto, en un escenario paradójico: muchas fuentes de conocimiento que, sin embargo, generan más incertidumbre. ¿Por qué? Porque la

MBE ha erosionado la confianza de los profesionales en su experiencia, subjetividad y sentido común sin aportar un conocimiento más confiable y aplicable, lo que ha dejado al profesional sin el rol que más le identifica: el juicio en condiciones de incertidumbre.

G: *¿Cuál ves que ha sido el rol del uso de nuevas tecnologías biomédicas en este cambio?*

A: Las ubicua MBE desarrollada para dar respuesta a las ubicuas nuevas tecnologías no solo ha simplificado los procesos de toma de decisiones clínicas -que para ser correctas solo deben ser coherentes con las evidencias y los protocolos basados en esas evidencias- sino que ha transformado el rol del profesional, que ahora se comporta como un científico. Los médicos creen que son científicos porque gran parte del conocimiento que utilizan es científico y está basado, muchas veces, en tecnologías diagnósticas bien sofisticadas. Esto es un tremendo error. Los médicos no desarrollan ciencia en las consultas sino una práctica. Y la práctica tiene unos criterios de validación muy diferentes a los que tiene la actividad científica. Esta última requiere distancia, objetividad, neutralidad o generabilidad; la práctica clínica requiere, por contra, cercanía, interés, empatía e individualización. Es verdad que la MBE reduce el sesgo del “a mi me funciona” pero introduce el sesgo del “a esta muestra le funciona” y se acaba tratando a enfermos individuales de acuerdo con estándares normativos aplicables a poblaciones o muestras en lugar de con las necesidades reales, personales, contextuales e intransferibles de los pacientes. La enorme implosión de nuevas tecnologías traslada una idea de progreso que no es real ya que la mayoría de ellas solo aportan, en el mejor de los casos, beneficios marginales. Esta mezcla de nuevas tecnologías, una MBE que estandariza cada encuentro clínico fijando patrones de diagnóstico e indicación, unos profesionales que se creen científicos y unos ciudadanos

deseosos de recibir los beneficios de tecnologías, que en otros ámbitos perciben como muy positivas para sus vidas, han generado una tormenta perfecta que conduce además de a una práctica clínica despersonalizada a un abuso del recurso tecnológico y la insostenibilidad de un sistema sanitario incapaz de imponer límites (porque poner límites a la ciencia y la tecnología hoy en día es interpretado como irracional y anticientífico).

G: *Tanto desde la así llamada psiquiatría (y por qué no, medicina) crítica, como desde las medicinas complementarias, pareciera haber acuerdo en que el modelo impersonal de la práctica médica actual está en un serio problema. ¿Cómo se diferencia el modelo terapéutico planteado frente a este problema por la medicina crítica (representada por ONGs como No-Gracias) respecto al de las corrientes de terapias alternativas (e.g. medicina antroposófica)?*

A: Hay que diferenciar de nuevo entre ciencia y práctica. La teoría científica detrás de la medicina alopática es perfectible, siempre incompleta, refutable, corroborable, abierta, etc. Las concepciones omnicomprensivas como la medicina antroposófica no reúnen estas características o valores: son autoexplicativas y no impugnables. Ahora bien, la práctica clínica, que como hemos dicho no es una ciencia, no solo utiliza conocimiento científico sino otras fuentes de conocimiento que podríamos denominar humanista, narrativo, etc. Desconozco las bases conceptuales de la medicina antroposófica pero es seguro que algunas de sus intuiciones sobre el ser humano son válidas y aplicables a la relación clínica. Otro ejemplo: el estatuto del conocimiento psicoanalítico, considerado por muchos como no científico, no impide que muchas de sus interpretaciones y comprensiones sean válidas para aplicar en una relación clínica profunda. La relación clínica requiere mucho más que ciencia y ese “más” que requiere puede provenir de diferentes culturas, interpretaciones o visiones a las que, por

supuesto, no hace falta pedirles las credenciales de científicidad. De hecho, la MBE impone una especie de dictadura intelectual que empobrece la práctica clínica porque hace sospechosas cualidades y abordajes clínicos considerados no científicos como la apreciación del hecho anecdótico, el reconocimiento de que la personalidad de un paciente define lo saludable y lo mórbido, la utilización de recursos terapéuticos no convencionales como la empatía, la comunicación o sustancias y ritos sin base científica que pueden potenciar la capacidad terapéutica del encuentro clínico.

G: *Podemos pensar que la medicina basada en la evidencia (MBE) nació como un antídoto frente a la medicina basada en la experiencia personal y a todos los sesgos que esta puede implicar. El nuevo paradigma intenta reemplazar la medicina de las especificidades del caso a caso por una que surge de dictados estadísticos impersonales². ¿Cuál es el lugar para la experiencia subjetiva en este nuevo modelo?*

A: La MBE ha sido un importante avance pero con problemas de elaboración y digestión. Ha sido interpretada por muchos profesionales como un sustituto del juicio clínico. El juicio clínico, un proceso intelectual creativo y necesariamente adaptado al contexto y el enfermo individual, no es, en ningún caso, equivalente al proceso de conocer y aplicar las evidencias. La MBE surgió principalmente del deseo de estandarizar la atención, no de individualizarla. Por eso, creo, existe tal entusiasmo por la MBE por parte de las organizaciones sanitarias, los gestores, los seguros médicos, los reguladores y, por supuesto, la industria farmacéutica. Este entusiasmo se debe precisamente a la capacidad de la MBE para formular estándares de atención y servir como instrumento para alentar, recompensar

o incluso obligar a los médicos a practicar la medicina de acuerdo con dichas normas. Tomar decisiones de acuerdo con estándares es lo contrario a hacerlo de acuerdo a un juicio clínico. La estandarización sólo puede identificar las mejores prácticas para un “paciente medio” en condiciones medias. El juicio clínico es acerca de un individuo y busca decidir qué es lo mejor para este paciente específico en este momento concreto. La estandarización tiene por objeto mejorar resultados (normalmente cuantificables) de poblaciones y/o muestras de poblaciones; el juicio clínico tiene como objetivo mejorar la salud, un concepto más cualitativo, existencial y subjetivo, de personas concretas. Los dos objetivos son claramente distintos.

G: *¿Con qué instrumentos contamos hoy, ya sea dentro o fuera de la MBE, para defender aspectos de la práctica médica que han sido siempre constituyentes centrales de esta, como la confianza, contención y disposición a comprender?*

A: Desde luego las evidencias ignoran los intereses de los pacientes. En 2015 Trisha Greenhalgh y colaboradores describieron seis posibles “sesgos” en la investigación médica capaces de “devaluar inadvertidamente la agenda del paciente y del cuidador”: la limitada participación de los pacientes en el diseño de las investigaciones; el bajo estatus dado a la experiencia de los enfermos en la jerarquía de la medicina basada en la evidencia; la persistencia de la visión profesional en las herramientas de decisión, protocolos y Guías de Práctica Clínica; una atención insuficiente a los desequilibrios de poder que suprimen la voz del paciente; un énfasis excesivo en que la atención se realice en la consulta clínica obviando otros ámbitos como el domicilio o la comunidad y, por último, un enfoque dirigido a las personas que buscan y obtienen atención, olvidando a aquellas que no buscan o no pueden acceder a esa atención. Por decirlo de una manera sencilla, las evidencias siguen siendo paternalistas. Pero además

2 Berríos, G. <http://www.nogracias.eu/2017/01/29/acerca-de-la-inquietante-medicina-basada-en-la-evidencia-por-german-barríos/>

de mejorar las evidencias para darles más “amplitud de miras”, hemos de mejorar la práctica clínica. Paradigmas como la práctica reflexiva de Donald Shön, filósofo y profesor del MIT, o la mindful practice de Epstein, profesor de Rochester, intentan implementar la práctica clínica. Es asombroso la cantidad de recursos que empleamos en generar conocimiento y el poco dedicado a su aplicación. A mi me gusta mucho citar un párrafo de Shön donde describió magistralmente en qué consiste la práctica reflexiva: “Aquí el profesional reconoce que su pericia técnica está incrustada en un contexto de significados. Atribuye a sus clientes, tanto como a sí mismo, la capacidad de pensar, de conocer un plan. Reconoce que sus acciones pueden tener para su cliente significados diferentes a los que el pretende que tengan, y asume la tarea de descubrir en qué consisten éstos. Reconoce la obligación de hacer accesibles a sus clientes sus propias comprensiones, lo que quiere decir que necesita reflexionar de nuevo sobre lo que sabe. El profesional acepta que su pericia y conocimiento experto son un modo de considerar algo que se construyó una vez y puede ser vuelto a construir. Desde este punto de vista el verdadero conocimiento experto no consistiría en la posesión de información cualificada sino en la habilidad y facilidad de un experto para explorar el significado de su conocimiento en la experiencia y el contexto del cliente. El profesional reflexivo trata de descubrir los límites de sus conocimientos técnicos a través de su conversación con el cliente. El profesional aporta, sobre todo, su capacidad para la reflexión desde la acción más que un verdadero conocimiento experto objetivo. El profesional no espera que su cliente tenga una fe ciega en su competencia sino que permanezca abierto y la juzgue, y se arriesgue a investigar con él”.

G: *En la historia de la psiquiatría ha sido central la comprensión profunda del padecimiento psíquico. Hoy buscamos la significancia estadística. ¿Han dejado de ser importantes los significados dentro de la consulta médica?*

A: Como dice Shön es necesario que el profesional explore “el significado de su conocimiento en la experiencia y el contexto del cliente”. El escritor Sam Kriss describía en “The New Inquiry” en 2013 el absurdo al que conduce una psiquiatría biologicista más atenta a las etiquetas diagnósticas y estadísticas que a las narrativas y sufrimientos particulares: “Esta es una historia sin ninguno de los elementos que tradicionalmente constituyen una trama. Unos personajes hacen acto de presencia, pero son formas espectrales, sin nombre, que aparecen y desaparecen según la historia progresa, encarnando brevemente diversas enfermedades antes de volver a perderse tan rápido como llegaron... Una víctima de la depresión mayor y de la hipocondría podrían ser la misma persona, pero los límites entre los diagnósticos mantienen los papeles separados ... La idea que emerge es que la enfermedad de cada persona es culpa de cada uno, que no viene de ningún lado, solo de sí mismo: sus genes, sus adicciones o la inherente insuficiencia humana. Entramos en un extraño mundo paralelo... Una persona loca es una máquina averiada. La mirada pseudo-objetiva sólo ve lo que hace la gente, en lugar de lo que piensan o cómo se sienten. Una persona que se caga en el piso de la cocina porque le proporciona placer erótico y una persona que lo hace para protegerse de los demonios que viven en el armario son etiquetados de igual manera: encopresis. No es que sus procesos mentales no funcionen, es que no existen. El ser humano es una red de carne hilada sobre un vacío”. Los significados son lo importante porque vinculan el acto médico con la cura. Una terapia puede ser exitosa desde el punto de vista biológico pero ineficaz desde el punto de vista del significado del paciente. La enfermedad puede haber desaparecido pero el sufrimiento persiste, muchas veces, debido al daño que produce la propia intervención médica en forma de etiquetado, iatrogenia o cascada terapéutica. Eso no significa que la ciencia basada en estudios de poblaciones y muestras no sea útil; significa que el conocimiento científico es

un medio para el objetivo de conseguir la salud de las personas que, por supuesto, es algo más complejo que la ausencia de enfermedad. Hace poco hicimos un cine fórum en País Vasco con la estupenda película chilena “La nana”. La protagonista estaba enferma sin enfermedad. Un psiquiatra la hubiera diagnosticado de ansiedad, probablemente depresión y etiquetado como trastorno límite de la personalidad. Lo que curó a Raquel fue el amor, el reconocimien-

to y la autoconciencia de ser dueña de su vida. Era víctima de una sociedad patriarcal donde se externalizan los cuidados a través de mujeres a las que se eviscera su propia identidad ¿Cómo no vas a enfermar? En medicina, el significado lo es todo aunque, sin duda, hay intervenciones, fármacos y tecnologías que ayudan a que ese ser humano lleno de significados tenga capacidad física y mental para seguir encarnándolos y desarrollándolos. ■