



**CAMBIO DE PARADIGMA MÉDICO**

*“La medicina es una ciencia difícil, un arte delicado y un oficio humilde”* (Luis Güemes)

Mi visión como cirujano ortopédico con responsabilidad jerárquica es que el así denominado cambio del paradigma médico tiene características particulares en el ámbito de la especialidad que ejerzo.

Salomón Schächter ha descripto el cambio de paradigma médico de modo magistral.

“Solía ser médico, ahora soy un prestador de salud. Solía practicar la medicina, ahora trabajo en un sistema gerenciado de salud. Solía tener pacientes, ahora tengo una lista de clientes. Solía diagnosticar, ahora me aprueban una consulta por vez. Solía efectuar tratamientos, ahora espero autorización para proveer servicios. Solía tener una práctica exitosa y colmada de pacientes, ahora estoy repleto de papeles. Solía emplear mi tiempo para escuchar a mis pacientes, ahora debo utilizarlo para justificarme ante los auditores. Solía tener sentimientos, ahora sólo tengo funciones. Solía ser médico. Ahora no sé lo que soy” <sup>(1)</sup>.

Aprovecharé las palabras del maestro para desarrollar una línea argumental procurando llamar a la reflexión de mis colegas sobre la necesidad de ser actores de un cambio.

**HAY CRISIS**

*“Un secreto, a voces: estas crisis mundiales son crisis de santos.”* <sup>(2)</sup>

No es cuestión de ser católicos; el concepto de santidad al cual pretendo hacer referencia con la cita de San Josemaría Escrivá es el sentido amplio, esto es, de aplicación universal a los hombres de buena voluntad: ¡que cada uno de nosotros se esmere en ejercer heroicamente los actos cotidianos! Ejemplo: no ceder a la creciente tendencia de parte de los financiadores y/o gerenciadores de pretender imponer de manera inconsulta con el profesional actuante determinada variedad de implantes, más aún cuando no se hallan a propósito de los mismos comunicaciones de resultados clínicos de largo plazo en publicaciones con referato.

**LA “ANACRONÍA” PARA TOMAR DECISIONES**

Una de las características que califica a la crisis como tal consiste en que personas y/o instituciones toman tardíamente las decisiones, ojalá correctas. Al respecto, podría agregar como factores igualmente negativos las circunstancias en las cuales se advierte que dichas personas y/o instituciones adoptan decisiones oportunas pero tendenciosas, o bien, otra variable de una sociedad en estado de desorden es aquella según la cual las resoluciones, independientemente

de su oportunidad, definen con matices imprecisos, tibiamente o de modo tendencioso la conclusión.

**LA CRISIS COMPROMETE LA CIENCIA, EL ARTE Y LA VIRTUD**

La modalidad de ejercicio médico caracterizado por “acto de ciencia, arte y virtud” pareciera ceder paulatinamente paso a una modalidad “globalizada” según la cual adquieren protagonismo hegemónico la tríada “comercio, industria, y política”.

Asumiendo que nuestro tiempo es un tiempo de evidente crisis humana, resultan contrastantes las formulaciones de proezas técnicas (ej.: cirugía intrauterina) y/ o tecnológicas (ej.: nanotecnología aplicada a la terapéutica humana) con la despersonalización de la relación entre el médico y el paciente.

Pareciera ser que la **superespecialización, el tecnicismo y la masificación de la asistencia médica** caracterizan la crisis, acompañando la declinación de la autoridad social de médico.

**LA MEDICINA ES CIENCIA**

*“¿No habrá llegado el momento de hacer un alto en el camino para esperar al hombre?”* (Alexis Carrel)

Somos contemporáneos de avances significativos, a la vez que vertiginosos, en biología molecular, ingeniería genética, diagnóstico por imágenes, inmunología, materiales, diseños en base a prototipos rápidos, etc. Evidentemente, el médico perdería competencia si cede en su proceso educativo.

Pero, atención, si bien la medicina es ciencia, halla actualmente a los hombres que la practican en crisis: “estamos muy informados pero poco pensados”.

**LA MEDICINA ES ARTE**

¿Se requiere ser virtuoso en el ejercicio de nuestra profesión?. La respuesta es obvia por la aseveración afirmativa. Dicha aseveración se consolida en dos planos: la exigencia del marco social y la autodeterminación.

Cualquier cirujano ortopédico dedicado a la cirugía de reconstrucción articular sabe (además ¡lo desea!, por ser inmanente a su vocación) que es actualmente es posible aspirar a resultados funcionales que faculten al paciente a reintegrarse a actividades de la vida diaria y recreativas similares a las previas al proceso de su enfermedad.

A modo de ejemplos: el paciente pide aliviar el dolor y es posible lograrlo; la rodilla está rígida y es posible restituírle movimiento; un anciano activo desea regresar a la práctica deportiva y podría volver a desarrollarla; se dispone de materiales y diseños nuevos que sustentan la esperanza de menor desgaste de los implantes; hasta no hace mucho la pérdida del aparato extensor de la rodilla con un implante protésico significaba

irremediamente la necesidad de artrodesar: hoy es posible restituir la función mediante un aloinjerto.

Es precisamente en tal sentido, es decir no exclusivamente basado en la vocación sino asimismo en la responsabilidad, que el cirujano ortopédico se ve naturalmente exigido a perfeccionar su técnica quirúrgica.

Sin embargo es posible distinguir en el escenario del quehacer quirúrgico **“luces y sombras”**: a pesar de tomar todos los recaudos según buena práctica, a veces las cosas no resultan tal como la expectativa. ¿Se aplica aquello de que “no hay enfermedades sino pacientes”? la Medicina Basada en la Evidencia es una de las disciplinas que han surgido pretendiendo acotar el margen de error.

La Medicina Basada en la Evidencia ha adquirido amplia difusión y aceptación a nivel internacional en el ambiente de especialidades clínicas y ramas específicas de la cirugía general. Sin embargo ha sido recién en los últimos años, más precisamente en el 2003, que una de las más prestigiosas publicaciones periódicas de la especialidad Ortopedia y Traumatología ha incorporado la clasificación de los trabajos publicados según niveles de evidencia. Me refiero al Journal of Bone and Joint Surgery, que acredita uno de los más destacados factores de impacto bibliográfico entre las publicaciones periódicas de la especialidad <sup>(3)</sup>.

A la pregunta: **¿proveen las publicaciones periódicas de la especialidad alta calidad de evidencia para la práctica clínica?**, se demuestra que si bien los estudios randomizados controlados y meta-análisis tienden a incrementarse, el número de trabajos de la más alta calidad de evidencia es realmente bajo.

El problema está planteado: solamente una pequeña proporción de trabajos publicados en el ámbito de la ortopedia y traumatología cumple con criterios de patrón de oro de acuerdo al consenso contemporáneo sobre la mejor evidencia científica. Entonces, la pregunta es: **¿Qué pasa, pues, que la Medicina Basada en la Evidencia ha tenido poca penetración en el ambiente ortopédico?**

El conocimiento y los canales de información en ortopedia crecen rápidamente: más de un centenar

de publicaciones periódicas de la especialidad están disponibles y la lista sigue creciendo <sup>(4)</sup>.

Cuando en diciembre de 2003, durante un curso oficial de la “Association for the Study of Internal Fixation” (AO-ASIF) en Davos, Suiza, se administró un cuestionario a los participantes testeando su conocimiento sobre la Medicina Basada en la Evidencia en relación con la cirugía ortopédica, solamente el 45 % (sobre un total de 456 encuestas) la definió correctamente <sup>(5)</sup>.

De manera consecuente con algunas publicaciones críticas, los cirujanos ortopédicos han confiado tradicionalmente en las novedades aportadas por la industria. Asimismo, los residentes son fuertemente influidos por la **“medicina basada en la eminencia”**: el 90% de los residentes encuestados confirmó su confianza en las recomendaciones de los cirujanos jefes <sup>(4)</sup>.

#### **LA MEDICINA ES VIRTUD**

**“Sin ceder en el tan fundamental proceso formativo, se advierte igualmente la imposterizable necesidad de considerar ciertos problemas de dimensión filosófica, ética y legal.”**

La ética sin ciencia es ineficiente. La ciencia sin ética es peligrosa.

“Todo trabajo debe ser retribuido. En consecuencia, el médico no debe ni puede trabajar gratis. Pero eso no debe interferir con su dedicación y su eficacia. Su sabiduría debe ser puesta al servicio de quien la requiera.”

**“¿Influye la industria en nuestra actividad profesional?**

**¡Claro que sí!”**

Si el médico cae en la trampa, termina menospreciando la calidad de su propio discernimiento y aceptando ciegamente, como dogmas, los avances tecnológicos sujetos a constante mutación.”

**El ejercicio profesional ético resulta una necesidad ineludible.**

**Prof. Carlos María Autorino**

Expresidente (2011-2013)

Buenos Aires, 19 de marzo de 2015

#### **Referencias bibliográficas**

1. Shächter S. Medicina: ¿arte o comercio?. La Nación. Jueves 20 de Octubre de 2005 [http://www.lanacion.com.ar/opinion/nota.asp?nota\\_id=749036](http://www.lanacion.com.ar/opinion/nota.asp?nota_id=749036)
2. Escrivá, San Josemaría. Camino. Punto 301. <http://www.escrivaobras.org/book/camino-punto-301.htm>
3. Kurmis, AP et al. Current concepts review - Understanding the limitations of the journal impact factor. Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume, 2003; 85A(12): 2449-2454.
4. Gillespie LD, Gillespie WJ. Finding current evidence: search strategies and common databases. Clin Orthop 2003; 413:133-145
5. Sabine Goldhahn. Pathways to evidence-based knowledge in orthopaedic surgery: an international survey of AO course participants. International Orthopaedics (SICOT) (2005) 29: 59-64