



Eternamente en crisis

Matilde Blanco Venzalá

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Alcalá de Guadaíra

Agosto 2013. Boletín Psicoevidencias nº37. ISSN 2254-4046

Estamos en crisis, es evidente (1), pero más allá de este hecho irrefutable surgen preguntas y faltan respuestas:

¿Cómo hemos llegado hasta aquí?

¿Estamos en una crisis coyuntural o se trata de una crisis de modelo?

¿Cuál es el modelo que ha fracasado, el de las instituciones sanitarias públicas o el de la toma de decisiones con respecto a ellas?

En esta editorial se plantea si bajo el paraguas de la crisis se han “justificado” la toma de medidas que en ocasiones pueden estar poniendo en peligro el modelo de asistencia sanitaria pública en general y el de atención a la salud mental en particular.

Como alternativa, partiendo de esta situación, se propone que la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE) puede jugar un papel importante en la formulación/valoración de los problemas y en la búsqueda de soluciones a través de una metodología razonada basada en datos.

Al plantear esta opción, hay que reconocer que el concepto de la ASBE no goza de una alta popularidad entre los clínicos. Quizás esta actitud viene favorecida porque los primeros contactos con la evidencia se han hecho de forma sesgada y opaca por parte de las instituciones sanitarias de manera que buena parte de los profesionales la han asociado con imposición, encorsetamiento y oscuras intenciones económicas.

En mi propio proceso personal de relación con la ASBE puedo identificar un periodo de desconfianza y recelo sobre su naturaleza y utilidad pero hoy tengo que reconocer que pertenecer al grupo de gestión de conocimiento del programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud desde 2007 y a esta página desde su creación me ha aportado muchas cosas.

En el proceso de aprendizaje entendí que la tan traída y llevada evidencia no es otra cosa que la aplicación del pensamiento científico a la realidad asistencial y una herramienta imprescindible para disminuir, aunque no eliminar del todo, los errores en la práctica clínica. Aprendí que para buscar información hay que saber cómo formular las preguntas adecuadas (estructura PICO y CATS) (2), cómo buscar las respuestas (búsquedas sistemáticas), y cuán necesario es realizar lecturas detalladas y críticas de aquello que encontramos en el enorme arsenal de datos del que hoy en día disponemos.

También aprendí que la evidencia no está reñida con el sentido común sino que se apoya en él (experiencia) y que nuestras conclusiones deben de ser consensuadas con la opinión del otro sobre su propio proceso terapéutico (paciente).

Incluso en algún momento me arriesgué a completar el famoso círculo de conocimiento y usando la terminología en boga implementé un par de cambios basados en la evidencia en puntos deficitarios de mi práctica clínica consiguiendo, con sorpresa, mejorar los resultados.

Con este bagaje, como usuaria de la ASBE me surgen ocasiones de perplejidad cuando considero que aquellos que fomentan y promulgan su formación, difusión y desarrollo son los primeros que presentan incongruencias en su aplicación.

Podemos entonces preguntarnos: ¿cuáles son las razones por las que la aplicación de la ASBE a las decisiones macro-sanitarias resulta tan conflictiva?

Partamos de la definición de la ASBE que propone una de las fuentes indiscutibles en el mundo de la evidencia, la Fundación Cochrane:

“La asistencia sanitaria Basada en la Evidencia es el empleo de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado integral de los pacientes o sobre la asistencia sanitaria” (3).

En esta definición no existen razones aparentes que justifiquen las dificultades para aplicar la metodología basada en la evidencia. Quizás el punto clave esté en saber determinar cuál es la mejor evidencia disponible no solo a nivel teórico sino en el encuadre de atención en el que se están aplicando las medidas. La información por sí sola, sin una lectura crítica, entendiendo

cómo se genera, de donde procede y si es aplicable al entorno de trabajo, no permite avanzar a través del círculo de generación de conocimiento.

Definir la cuestión

El hecho de decir que estamos en crisis no aporta ninguna información útil sobre sus causas o sobre la necesidad y naturaleza de las medidas para atajarla. Para definir la cuestión expresamente en el ámbito sanitario deberíamos incluir una pequeña revisión sobre los datos de eficiencia de los sistemas donde se propone realizar las medidas de ahorro, los popularmente llamados recortes.

¿Estábamos gastando mucho? ¿Teníamos malos niveles de calidad en la asistencia? Aunque los datos de epidemiología de la resiliencia (4) no son abundantes la respuesta inicial a ambas preguntas parece ser que no.

Según los datos y la elaboración de los mismos que realiza la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (5), España destina en financiación pública un 11% menos que la media de los países de la Europa de los quince, pasando a ser un 22% al ajustarse el gasto en salud per cápita. Entre autonomías, según las mismas fuentes, la media nacional de gasto es 1.435 euros siendo en Andalucía, 1.308 manteniéndose la diferencia en los presupuestos del 2013 donde nuestra comunidad es la segunda en gasto más bajo tras la Comunidad Valenciana, (999,2 y 965,4 respectivamente).

En el caso de la salud mental lo anterior se amplifica por los datos en paralelo en gasto social. En un estudio clásico sobre el gasto en bienestar social (6), España se incluye en el grupo de países que gastan menos de 70 dólares, en comparación por ejemplo con los 300 dólares que se gastan en Finlandia o Suecia. Expresamente se advierte que una disminución sobre este nivel, aunque justificada por un contexto económico desfavorable, tendría consecuencias negativas directas en la salud mental de la población, traduciéndose por ejemplo en un incremento de la tasa de suicidios.

Sin embargo, a pesar de estos datos, España en el 2009 estaba en la tercera posición a nivel internacional en mayor esperanza de vida al nacer para ambos sexos; la cuarta en menor mortalidad por debajo de los 75 años de edad, evitada por una efectiva y oportuna atención

sanitaria, la segunda posición en mayor esperanza de vida ajustada a salud y la segunda posición en índice coste- efectividad.

En la misma línea positiva tampoco se ha materializado el aumento de la prevalencia en suicidios a pesar de las previsiones, aunque sí se ha objetivado un aumento de consultas de atención primaria en patología de salud mental (7). En este punto no puedo evitar una pregunta maliciosa al margen, ¿otros sectores de nuestra sociedad como el político o el bancario podrían compararse al sanitario en cuanto aprovechamiento de recursos?

Volviendo al análisis estricto de los datos, parece que estamos ante un sistema eficiente, quizás en el límite de la eficiencia por lo que consecuentemente, recortar su coste podría implicar no una mejoría en este aspecto, sino una clara afectación de la calidad de asistencia. Por desgracia, los datos empiezan a aparecer y confirmar esta hipótesis, por ejemplo la esperanza de vida ha caído en la población española según los datos del INE del 2011 por primera vez desde 1936. La esperanza de vida desde el nacimiento y a partir de los 65 años registraron descensos de una y dos décimas, situándose en los 82,2 años al nacer y en los 20,5 después de cumplir los 65 años.

De todas formas siguiendo el argumento puramente económico, es posible que aun sabiendo todo esto no se puedan evitar los recortes aunque en este caso quizás todos tendríamos que asumir su significado de forma coherente. En mi opinión, un mensaje claro repercutiría de forma positiva en uno de los valores más importantes de la organización sanitaria, el potencial humano de los profesionales de la salud que en ocasiones nos encontramos atrapados entre los datos y demandas que nos llegan y los datos y las ofertas que desde nuestras autoridades e instituciones se dan a la población general, provocando a menudo malestar y crispación en unos y otros. En este sentido, ¿no se debería implicar a la población en el uso racional de la salud pública, comunicándole que en este momento siguen siendo el centro del sistema pero que el sistema empieza a hacer aguas?

Rastrear la evidencia

Una vez que hayamos realizado una definición del problema nos enfrentamos con la necesidad de recopilar información. ¿Qué ha pasado y está pasando en nuestro entorno? incluso antes de la actual crisis la impresión que muchos de los profesionales hemos recibido es que los

indicadores, objetivos, tareas y planes podían estar cargados de “buenas intenciones” pero no soportaban un análisis coherente en profundidad.

Daba la impresión de que surgían desde el deslumbramiento por conceptos de moda, probablemente originados en contextos de atención distintos al nuestro, y que motivaban actuaciones apresuradas que se abandonaban por otras de forma improvisada para entrar en otro nuevo torbellino. Siguiendo el adagio sistémico: “que todo cambie para que todo siga igual”.

Quizás esta percepción subjetiva viene de la falta de metodología común y de datos explícitos debidamente argumentados, lo que fomenta la impresión de arbitrariedad en el profesional de a pie. Es lícito hablar de costes, algo que a los clínicos nos ha resultado difícil asumir, pero también es imprescindible que aquellas recomendaciones que se hacen basadas en este criterio sean explícitas y no se disfracen con otros razonamientos (como considerar la falta de evidencia como evidencia en contra), ya que corremos el riesgo de generar desconfianza en aquellos que tienen que aplicar las medidas propuestas.

Rastrear toda la información aunque pueda parecer tedioso y aparezcan muchos datos anodinos o contrarios a nuestra hipótesis es útil (8). Desarrollar búsquedas estructuradas, sistemáticas y amplias, acompañadas de lecturas completas y críticas, junto a la producción de documentos razonados basados en datos que avalen las medidas posteriores a tomar, son en mi opinión muy de agradecer por parte de los profesionales.

En el rastreo de la información, además del uso de los materiales clásicos (fuentes primarias, revisiones sistemáticas, CATS y guías clínicas) podría ser útil incorporar otros documentos basados en la evidencia que permiten el escalonamiento progresivo en la toma de medidas ajustándose a las situaciones económicas y clínicas.

En esta línea encontraríamos los HTA (Health Technology Assessment o informes de tecnología sanitaria) y la aplicación de Puntos de Buena práctica clínica (PBC ó Good Practice Point, GPP).

Los HTA incluyen la valoración de la seguridad, eficacia, factibilidad, indicaciones de uso, coste y coste-efectividad de las tecnologías sanitarias, así como las consecuencias sociales, económicas y éticas, intencionadas o no. Son estudios de política sanitaria que asesoran a los

órganos de decisión sobre el impacto de la nueva tecnología (que puede ser un fármaco, una prueba diagnóstica o una medida institucional), e incluyen alternativas adecuadas para distintos contextos económicos, ambientales y sociales. Por supuesto, para que sean de utilidad deben de ser leídos de forma honesta; si disponemos de 999,2 euros tendríamos que seguir las recomendaciones, indicadores, etc. para esta cantidad y no pretender que pertenecemos al grupo de, por ejemplo, los 3.000 euros. De no cumplirse esta premisa, al no reconocer la situación de partida de nuestro sistema con sus carencias y necesidades, querer alcanzar objetivos no realistas sólo podría traer la frustración de los profesionales y de la población.

En nuestra comunidad desde 1996 disponemos de la AETSA, Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía, aunque lamentablemente su producción en salud mental es escasa, encontrándose sólo 1 informe sobre eficacia, efectividad y seguridad del tratamiento quelante en niños autistas, por lo que remito al interesado a los HTA del NHS (National Health Service, UK) (9).

El caso de los GPP es algo distinto ya que son un subproducto de las guías clínicas que nos permite adoptar y seleccionar parte de los documentos y recomendaciones de forma parcelada en el caso de que nuestra situación nos impida asumir la guía al completo. Esto puede permitir un punto de partida razonable en la dirección correcta para, de forma sucesiva, alcanzar mejores niveles de calidad de una forma objetivamente realista que permita a los clínicos considerarlo como algo factible, y no abandonar toda posibilidad de intervención.

Valorar la evidencia de forma crítica

Este punto se solapa con mucho de lo expuesto en el anterior, sin embargo puede ser importante insistir en las lecturas *completas* de los documentos en los que se basan las decisiones institucionales.

En este apartado la salud mental presenta particularidades incluso mayores que otras especialidades ya que el trabajo biopsicosocial es la esencia misma de nuestra área de conocimiento. Desgraciadamente, las autoridades sanitarias centran su intervención sólo en los aspectos biológicos considerándolos los únicos generadores de costes a nivel de tratamiento. Sin embargo, al analizar la evidencia en salud mental automáticamente se asumen recomendaciones e indicadores de otros sistemas sanitarios que aplican medidas no

farmacológicas como primera opción. Por desgracia, en este punto no se tiene en cuenta que la ratio de profesionales de estos medios duplica o triplica la del territorio andaluz. No se entiende que en salud mental los profesionales somos instrumentos de tratamiento por sí mismo y que con muchas de las medidas adoptadas se está reduciendo el potencial terapéutico de nuestra institución.

Recientemente, en un grupo interdisciplinar para mejorar la prescripción de fármacos antidepresivos, inicialmente se pretendía dejar fuera todas las medidas no farmacológicas para el proceso de ansiedad, depresión y somatizaciones. Aunque finalmente se incluyeron en el planteamiento, no quedó claro de dónde iba a salir el tiempo necesario de los profesionales para aplicarlas, aunque se insistió de forma concienzuda en el cumplimiento del índice de prescripciones con los consabidos cocientes de antidepresivos y volumen de prescripción de benzodiacepinas. Según los datos que se aportaron, la cantidad de benzodiacepinas prescritas se correlaciona de forma inversa a la renta per cápita por barrios. ¿Y por eso yo planteo en nuestro contexto, es posible deshabituarse a toda nuestra población con abuso de benzodiacepinas con diazepam en una sola dosis nocturna sin medidas sociales de acompañamiento?

Si vamos a seguir la NICE en cuanto a lo farmacológico, es lógico pensar que necesitamos su organización también a nivel de aspectos psicológicos: coaching en primaria, psicólogos en primaria, ratio de profesionales en especializada, etc.

Sin la tecnología sanitaria que en salud mental son los profesionales y su formación y tiempo, lo que podemos ofrecer muchas veces es puramente biológico y no de la mejor calidad. Si las medidas que se proponen no se priorizan, no se limitan o no son factibles, el resultado suele ser la indefensión aprendida, en la que los movimientos se limitan, la motivación se extingue y el cambio se bloquea.

Desde mi punto de vista cumplir con los indicadores es para muchos un dilema ético y una interferencia en su prescripción. No ayuda que las directrices se realicen siempre desde lo negativo, por ejemplo, se señala en rojo el incremento de prescripción de Sertralina cuando se ha hecho a expensas de otros fármacos no recomendados en los cocientes de antidepresivos. Quizás un simple cambio de formulación podría facilitar el asumir como propias y positivas las sugerencias desde la evidencia.

Poner la evidencia en práctica

Quizás a estas alturas es posible entender la mala prensa de la evidencia entre los profesionales de la salud mental. Desgraciadamente este concepto no mejorará si observamos cuáles han sido las medidas propuestas en este eficiente sistema que ya se encuentra sobrecalentado, sobre las espaldas de personas que llevan mucho tiempo soportando cambios y sacrificios.

Las medidas de la crisis entre otras han sido la reducción de salarios y lo que es peor, la reducción de horas en el trabajo de muchos profesionales, los más jóvenes, que tendrán que defender la sanidad pública en el futuro.

¿Qué pensaría la AETSA si las tecnologías sanitarias periódicamente modificaran los parámetros de calibración, los productos farmacológicos, el bisturí láser y cualquier otro instrumento utilizado en el tratamiento de cualquier enfermedad?

Sin embargo se admite sin ningún pudor que se cambien mensualmente los profesionales de salud mental (al 75% de su jornada), a pesar de la política de continuidad asistencial del SAS, ignorando que dichos profesionales desarrollan su labor terapéutica a través de la relación. ¿Quién le explica a una persona diagnosticada trastorno límite de personalidad que tiene que conocer a la 5ª enfermera en 9 meses?

Y estamos ahorrando... por lo menos en algunas partidas.... pero a un año vista de la reducción de jornada, ¿alguien ha medido si se han incrementado las listas de espera, los días de estancia hospitalaria o si ha empeorado la calidad de la asistencia?

Y con respecto a otras medidas, ¿en qué evidencia se ha basado la reestructuración de la asistencia fusionando de forma aparentemente indiscriminada, áreas de primaria entre sí, primaria con especializada, y hospitales con hospitales? La impresión, desde la ignorancia al no haber recibido ninguna información como miembro del público general, es de ser sujetos de un experimento a doble ciego... eso sí, sin consentimiento informado.

Y ya concluyendo, una reflexión sobre el paralelismo del proceso terapéutico y la metodología de la ASBE: identificar y cambiar. El primer punto en el abordaje de un conflicto es la identificación de aquello que no está funcionando. El concepto de crisis es consustancial a la

esencia de la salud mental, y aunque en muchos aspectos nuestra situación adquiere tintes dramáticos, los profesionales que trabajamos en este campo sabemos de primera mano que la crisis no sólo tiene una connotación negativa, sino que supone una oportunidad de cambio aunque venga motivada desde el sufrimiento. A veces dicha motivación viene precisamente del fracaso que supone descubrir que nuestra manera de resolver las cosas no está funcionando y que tenemos que aprender a desarrollar otras formas que permitan un nivel distinto de funcionamiento. Si no existe este reconocimiento no existen alternativas.

Por eso quizás el primer paso para salir de donde estamos es asumir lo que hemos hecho mal entre todos para intentar subsanarlo, lo que exige un ejercicio de honestidad. Esta breve revisión de datos pretende señalar que se están utilizando las mismas herramientas para salir de la crisis que las que nos han llevado a ella.

Volviendo al símil terapéutico estamos estancados en los “como sí” sin reconocerlos; utilizando una cita literal de un autor gestáltico, Giogio Nardone (8):

“Nos guste o no, continuamente somos artífices y víctimas de nuestros autoengaños. Aprender a utilizar estratégicamente esta tendencia nuestra significa transformarse en amos de ella en vez de en siervos inconscientes. Saber utilizar esta estratagema en relación a los demás significa decidir si usarla o no y, por tanto, convertirse en efectivamente responsables, en lo bueno y en lo malo, de lo que nos ocurre...”

Por eso tenemos mucho trabajo si queremos defender la salud mental pública, tan frágil y vulnerable:

- La primera en resentirse cuando lo socioeconómico fracasa.
- Siempre amenazada con volver a las supuestas respuestas “baratas y seguras” del pasado.

Y por todo ello, en mi opinión, para salvar esta situación tendremos que identificar nuestros errores, aprender de ellos e incorporar nuevas opciones (evidencia), ya que en caso contrario, la única alternativa que nos quedaría sería vivir eternamente en crisis.

Bibliografía

(1) Grupo de Gestión del Conocimiento del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud (2013). Editorial: Las evidencias de la crisis.

(2) Búsqueda de información de calidad en Salud Mental:
<http://www.psicoevidencias.es/cursos/login/index.php>

(3) Centro Cochrane Iberoamericano: ¿Qué es la medicina basada en la evidencia? Disponible en:
<http://www.cochrane.es/?q=es/node/262>

(4) Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. The Lancet (publicación periódica en línea). Se consigue en:
<http://www.thelancet.com> (Vol 381 April 13, 2013).

(5) Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012. Disponible en:
<http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html>

(6) Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. BMJ 2010; 340: c3311.

(7) Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health 2013 Feb; 23(1):103-8.

(8) Servicio Andaluz de Salud: Manual básico para una atención en salud mental basada en la evidencia. Disponible en:
<https://ws027.juntadeandalucia.es/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=513>

(9) Health Technology Assessment Programme. National Institute of Health Research. National Health Service. Disponible en: <http://www.hta.ac.uk>

(10) Nardone G. El arte de la estratagema. Buenos Aires. Del nuevo extremo: 2004.