

“La medicina del siglo XXI tiene que salir del hospital”

Ezekiel Emanuel, catedrático de Bioética y Política Sanitaria U. Pensilvania

La Vanguardia · 17 giugno 2018 · ANA MACPHERSON

Hay que cerrar camas. Habrá que cerrar hospitales. Ya sé que es mucho más difícil para los sistemas públicos de salud porque hay que explicarlo en unas elecciones, pero en el siglo XXI el 75-85% del gasto sanitario se dedica a enfermos crónicos y el hospital es el último sitio en el que hay que tratar la cronicidad”. Es el mensaje rotundo de Ezekiel Emanuel, catedrático de ética médica y política sanitaria de la Universidad de Pensilvania (EE.UU.) y gurú de la transformación sanitaria que viene.



Estuvo en Barcelona en las conferencias Josep Egozcue que organiza la Fundació Víctor Grífols, dedicadas a los nuevos escenarios en asistencia e investigación médica en un contexto de envejecimiento y cronicidad.

¿Estaremos mejor atendidos en casa, aunque vivamos solos? La soledad es un gran problema, es cierto, pero no lo soluciona el hospital. Tratar en casa da buenos resultados clínicos. La experiencia en Estados Unidos de esta atención VIP a domicilio reduce el colapso de muchos servicios, rebaja los costes el 20%, también el número de infecciones y complicaciones. El hospital no es un spa como a veces creemos. Es un lugar horrible donde cuesta hasta dormir y donde no hay que pasar más de tres o cuatro días cuando hay un problema agudo. Pero no sirve para recuperarse de un problema de salud con el que se convive cada día como les ocurre a los crónicos. La atención a domicilio favorece además la conexión social de las enfermedades y permite abordar el problema de esa soledad. Eso sí, se necesita otro tipo de servicios.

¿Los profesionales sabrán trabajar sin el amparo del hospital? Aquí no se encuentran pediatras para atención primaria. Harán falta cambios profundos en la formación, desde luego, pero es un camino inevitable. En el siglo XIX los médicos aprendían siguiendo a otros médicos de paciente en paciente. En el XX la medicina creció en el hospital. En el XXI volveremos a formarnos con los pacientes, a aprender a escuchar de otra manera qué le pasa al enfermo. También detectar esas necesidades sociales y todo lo derivado de la soledad. Será así en todos los países. En unos irá más rápido y en otros más lento, pero irá por ahí. El prestigio dejará de estar centrado en el hospital. Y podremos hacer resonancias magnéticas desde el móvil. Y la atención a la salud mental dejará de ser un terreno aparte.

¿Por qué?

Porque un diabético deprimido controla peor su dieta, su medicación y su actividad física; luego, el problema a tratar no es sólo la diabetes.

Parece evidente. ¿Por qué no se ha hecho?

Primero, porque tenemos históricamente una actitud muy supersticiosa ante la enfermedad mental; segundo, porque no tiene gran prestigio profesional; y tercero, porque no se había estudiado que cuando se tratan los problemas de salud mental de forma integrada se reducen los costes.

¿El objetivo siempre es reducir costes?

Todos queremos aumentar la calidad de nuestra asistencia y hay que reducir los costes porque el gasto sanitario sólo va a aumentar. Y habrá que buscar la manera de tener dinero para educar, para infraestructuras...

¿Es inevitable que cada nuevo medicamento se convierta en una esperanza que no se puede llegar a pagar?

La gente espera mejorar su salud. Hemos aumentado la esperanza de vida gracias a tratamientos cada vez más eficaces. Pero no todo conocimiento se traduce en dinero. Debemos conseguir un sistema más eficaz para permitir esos nuevos tratamientos para más gente. Aunque también hay que incentivar otras opciones no tan caras.

¿Está justificado ese crecimiento vertiginoso de los precios?

El problema en la investigación de nuevos tratamientos está en sopesar de otro modo los riesgos y los beneficios. Y los comités de ética lo hacen muy mal. En la mayoría de evaluaciones los profesionales se dejan llevar por intuiciones y la intuición está cargada de sesgos. Si estás en un terreno familiar, tienes sensación de control y minimizas. Y al revés. Ha pasado a la hora de hablar de resonancia magnética o de pruebas de alergias. Yo propongo una fórmula para evaluar de forma cuantitativa los riesgos que evite la arbitrariedad actual. Vivimos demasiado, ¿no? ¿Lo que nos sobran son años de vida?

En eso no voy a entrar. Pero la esperanza de vida no es una buena forma de medir la calidad. En lugar de eso deberíamos apostar porque nadie muera antes de los 75. Ese debería ser el objetivo. A partir de esa edad, la mayoría de la población ya ha conseguido sus objetivos vitales.

¿No quiere vivir hasta los cien?

Nadie que lo haya pensado de verdad quiere vivir hasta los cien. El cuerpo falla, la mente falla, se acaba con demencia... Y probablemente ya se habrán muerto todos tus amigos.

CAMBIO DE ESCENARIO “Tratar en casa da buenos resultados clínicos y reduce un 20% el gasto”

LONGEVOS Y CRÓNICOS “Deberíamos apostar porque nadie muera antes de los 75 en lugar de alargar la vida”