

Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer” ... Encanto y desencanto en el reino de la *expertise* en Medicina Basada en Evidencia¹

Luis David Castiel²
Eduardo Conte Póvoa³

Resumen

En mayo de 2000 el Prof. David L. Sackett, uno de los fundadores del movimiento de Medicina Basada en Evidencias (MBE) publicó en el *BRITISH MEDICAL JOURNAL* un texto en el cual renunciaba a escribir, dictar cursos y actuar como árbitro en temas

Palabras clave

Filosofía Médica; Sociología Médica, Medicina Basada en Evidencias.

Key words

Medical Philosophy; Medical Sociology; Evidence-Based Medicine.

Introducción

En su edición del 6 de mayo de 2000 el *British Medical Journal* presentó en la sección *Reviews/Personal Views*, una contundente (y, en cierta forma, dramática) declaración del renombrado profesor David L. Sackett, titulada *The Sins of Expertness and a Proposal for Redemption (Los pecados de la Expertise y una propuesta de Redención)*. En síntesis, uno de los principales creadores del movimiento de “Medicina Basada en Evidencias” (MBE) anunciaba públicamente su decisión de “(...) nunca más dar clases, escribir o actuar como *referee* en cualquier cosa relacionada a la práctica clínica basada en evidencias”. Para él, hay mu-

1. Traducido de “Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidencias”. *Cadernos de Saúde Pública* 17 1: 205-214, enero-febrero 2001.

2. Departamento de Epidemiología y Métodos Cuantitativos en Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

3. Departamento de Ciencias Sociales en Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

relacionados a MBE. Esta actitud se justificaba a partir de la frustración frente a lo que consideraba efectos perjudiciales de un alegado exceso de EXPERTS en el referido campo. Esta fue la materia prima para abordar aspectos vinculados a la definición y alcance de las propuestas de la MBE, así como las correspondientes críticas, enfatizando las estrategias retóricas empleadas por ese movimiento. A continuación se discute la noción de EXPERTISE y se presentan breves enfoques sobre el papel de los sistemas EXPERT y de la competencia especializada en nuestro ambiente social, elaborados respectivamente por Anthony Giddens y Zygmunt Bauman. La intención central de este comentario es enfatizar que al acompañar el progresivo movimiento de las tentativas de obtener control e inteligibilidad para nuestros objetos de estudio, es necesario tener en cuenta la posibilidad de que haya dimensiones inalcanzables a través del modo de pensar racionalista propio de Occidente.

Abstract

In May 2000, Prof. David L. Sackett, one of the founders of the evidence-based medicine movement (EBM) published an article in the BRITISH MEDICAL JOURNAL in which he renounced writing, teaching or serving as a referee for topics related to EBM. He justified his stance based on his frustration over what he considered the harmful effects of an alleged excess of experts in this field. Sackett's position was the raw material whereby we approached aspects linked to the definition and scope of EBM as well as related critiques. We also stress the movement's various rhetorical strategies. In addition, we discuss both the notion of expertise and the role of "expert systems" and "specialized competence" in our societal milieu, developed respectively by Anthony Giddens and Zygmunt Bauman. The main focus of this commentary is to emphasize that while we are dealing with a progressive trend towards acquiring control and intelligibility vis – à – vis the objects of our research, we must consider the possibility of dimensions that cannot be reached by way of the rationalistic Western mode of thought.

chos "más experts disponibles de lo que sería saludable" (Sackett, 2000: 1283). Después de esta renuncia, David L. Sackett señala que se dedicará específicamente a las actividades académicas relacionadas con ensayos clínicos aleatorios.

Pero, ¿cuáles serían los pecados de la expertise que en la perspectiva sackettiana "retardan el avance de la ciencia y provocan daños a los más jóvenes (Sackett, 2000: 1283)? En primer lugar, la "posesión" de este estatuto conferiría mayor poder persuasivo a las opiniones de los experts, más allá de su efectiva pertinencia científica" (...) y el progreso en dirección a la verdad resulta perjudicado con la presencia de un expert" (Sackett, 2000: 1283). El segundo pecado se produciría en los pedidos de financiamiento y en la presentación de manuscritos que contrarían el "consenso corriente de los experts". Habría alguna inclinación ("tentación" en las palabras de Sackett) por parte de evaluadores a aceptar o recusar "nuevas evidencias e ideas", independientemente de su "mérito científico", sino mucho más en función de las perspectivas de los experts ante tópicos donde demuestran su competencia especializada (Sackett, 2000). Este aspecto específico puede ser ejemplificado por la difundida farsa elaborada por el físico Alan Sokal, aceptada y publicada por la revista norteamericana de estudios culturales *Social Text* en 1996. En esta parodia, tal autor ridiculiza disimuladamente textos en los que intelectuales famosos (llamados "filósofos post-modernos") "abusan" de conceptos científicos (Sokal y Bricmont, 1999).

La propuesta de redención sugerida por Sackett apunta, no sin una buena dosis de candor, hacia una "jubilación sistemática de experts", bajo la forma de cargos y posiciones donde no influencien el "progreso de la ciencia". ¿Cuáles serían las manifestaciones ("señales clínicas" según la analogía humorística del referido autor) que señalarían al Dr Sackett algo como la "existencia" fantasmagórica una cria-

tura, un "doble" suyo, que no solo alcanza reconocimiento (aparentemente no deseado) de *status* de *expert* —al recibir un título honorífico—, pero que también hace inadvertidamente el poco honroso papel de "promotor de ventas" para un investigador académico? Esta desagradable constatación se originó en el nombre dado a un recurso metodológico en el comercio de libros biomédicos "el vínculo artificial de una publicación al movimiento de medicina basada en evidencias, con el propósito de aumentar las ventas —¡sackettización!—" (*sackettisation* en el original). (Sackett 2000: 1283).

Estas declaraciones sorprendentes recibieron comentarios elogiosos, ante el coraje y la pertinencia de las posiciones del investigador canadiense, y algunos suaves reparos por *e-mail* de diferentes comentaristas (para mayores detalles recomendamos a los interesados la visita al sitio <http://www.bmj.com/egi/eletters/320/7244/1283>).

En resumen, el propósito central de este texto es señalar algunas dentro de las diferentes cuestiones implicadas en los emprendimientos tecnobiocientíficos contemporáneos, donde la MBE se constituyó como un emblema, especialmente en aspectos que se relacionan a los sistemas de *expert* (Giddens, 1991) y en la correspondiente idea de competencia especializada (Bauman, 1995).

Con esta finalidad en mente, es necesario antes recorrer sistemáticamente propuestas de la llamada MBE, que puede ser definida en términos sumarios como "procesos sistemáticos destinados a descubrir, evaluar y utilizar hallazgos de investigación como base para decisiones clínicas" (Rosenberg y Donald, 1995: 1122).

Medicina Basada en Evidencias

En cierto sentido, la emergencia, al comienzo de los años 90, de la MBE se puede considerar sintomáticamente, también, como uno de los frutos de lo que hemos llamado dominios tecnobiocientíficos (Castiel, 1999). Los orí-

genes remontan al movimiento de la "epidemiología clínica" anglosajona, iniciado en la Universidad Mc Master (Canadá) en los años ochenta. Este a su vez se fue aproximando paulatinamente a la medicina, hasta surgir con la vigorosa denominación con la cual se lo conoce.

Es necesario subrayar la curiosa metamorfosis gramatical ocurrida. El adjetivo —"clínica"— se transforma en sustantivo de mayor amplitud —"medicina"—, y recibe una locución adjetiva de indiscutible efecto retórico. El término "basada" vehiculiza la sugestiva idea de solidez, como "fundación/fundamento" que estará constituido por el elemento sensorial humano considerado más fidedigno (la visión) para proporcionar el acceso a hechos ocurridos que podrán ser, entonces, evidenciados como las mejores aproximaciones posibles de lo que son las "verdades". El término "evidencia" es empleado también en lenguaje criminal como elemento importante para llegar a la posible responsabilización jurídica de un sospechoso de delito. Al agregarse la bioestadística y la informática médica, se configura, entonces, el pregonado trípode de sustentación de la MBE (Drummond y Silva, 1998).

Tenemos, de este modo, la meta enunciada de perfeccionar el uso del raciocinio más allá de la casuística clínica de cada médico y sus sesgos potenciales. Para alcanzar tal finalidad se deben seguir algunos preceptos, bien sintetizados por Jenicek (1997:188): "formulación de una clara cuestión clínica a partir del problema del paciente que es necesario responder; búsqueda en la literatura de artículos relevantes y en otras fuentes de información; evaluación crítica de la evidencia (información traída por investigación original o por síntesis de investigaciones, por ejemplo meta-análisis); selección de la mejor evidencia (...) para la decisión clínica; vinculación de la evidencia con experiencia clínica, conocimiento y práctica; implementación de los hallazgos útiles

en la práctica clínica; evaluación de la implementación y del desempeño general del profesional de la MBE; enseñanza a otros médicos de cómo practicar la MBE”.

El éxito en la difusión de la MBE en el ámbito médico es claramente perceptible. Algunos indicadores triviales y arbitrarios pueden ser utilizados. Por ejemplo: a) una rápida búsqueda en Medline con la palabra clave “*evidence-base medicine*” trae, en el año 2000, más de 4.600 artículos publicados; b) el hecho de que la segunda edición del compendio de Sackett et al. (1997) lanzada en 2000: *Evidence-Based Medicine, How to Practice and Teach EBM*, se encontrara entre los diez libros más vendidos en la librería virtual del *British Medical Journal* en diciembre 2000.

Además, vale la pena comentar la aparente retórica encontrada en la ilustración de tapa de esta obra. Se trata de una estilización del “cubo de Rubik” —rompecabezas bastante en boga al comienzo de los años ochenta—, una estructura cúbica en la cual cada cara está compuesta por conjuntos de nueve pequeños cubos (en seis colores distintos) que se deslizan conforme a los diseños del usuario. El arduo objetivo era el de homogeneizar el color correspondiente a cada cara. En el caso de la tapa del libro, los colores son reemplazados por imágenes/iconos/ letras representando facetas diagnóstico terapéuticas (como estetoscopio, RX, jeringa, frasco de medicamento, árbol de decisiones como protocolo —*guideline*— calavera con dos fémures cruzados —la obvia imagen pirata del peligro de muerte—, y la letra “i” en el interior del círculo —sugiriendo “Internet”— en el centro de los nueve pequeños cubos que constituyen la cara del gran cubo) vinculadas a la actividad médica. Pues bien, ¿no parece absurdo interpretar que la MBE procura vehicular en esta expresiva ilustración la analogía de que la práctica clínica puede equivaler o asemejarse a la tentativa de resolución de difíciles rompecabezas (*puzzle* en inglés, que también sig-

nifica “perplejidad”, “desorientación”). Simultáneamente proporciona una representación figurada de este rompecabezas que, incluso con sus complicaciones, puede ser resuelto.

Hagamos (también arbitrariamente) la comparación con otra línea diferente de estudio sobre la formación médica, cuyo título de libro-texto parafrasearía a MBE: *Narrative-based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice* (Greenhalgh y Hurwitz, 1998) (señala en la reseña de la respectiva página de presentación de la obra en la misma librería virtual del *BMJ* que edita el libro, la “revolución” producida por esta).

Esta interesante obra subraya el papel de la narrativa en la medicina, cubriendo cuestiones teóricas y prácticas tales como: el uso de la narrativa como herramienta terapéutica, enseñanza de la narrativa a estudiantes, cuestiones filosóficas; la narrativa en decisiones legales y éticas, etc. Pues bien. A) la investigación en Medline (incluso admitiendo que este puede no ser el lugar más indicado para tal búsqueda) obtuvo solamente 1 (un) título en 1999; b) el libro se encontraba temporariamente fuera de *stock* (sus precios son aproximadamente equivalentes —NBE = 19,95 libras; MBE = 18,95—; el libro de la MBE trae un CD-ROM anexo para fines de enseñanza).

Incluso con todo el aparente éxito (o por esto mismo...) el movimiento de la MBE ha sido foco de intenso debate académico: Por ejemplo: las “evidencias” muchas veces son incompletas y contradictorias; aumento de la incertidumbre cuando múltiples técnicas están asociadas con estrategias clínicas; relativo distanciamiento de la MBE de las preferencias de los pacientes; la trasposición de estudios realizados en grupos poblacionales constituye un desafío; la MBE es impracticable o imposible en muchas situaciones de emergencia; pueden no encontrarse “evidencias” para muchas situaciones clínicas en su especificidad; problemática integración de la

MBE con la experiencia clínica, conocimiento y práctica de cada médico (Jenicek, 1997; Jackson et al., 1998) Sin embargo, no es nuestra intención profundizar aquí las múltiples discusiones teóricas y conceptuales acerca de este campo. Para ello, el artículo de Jenicek (1997) presenta un resumen de las muchas críticas de carácter ético, conceptual y metodológico y varias indicaciones bibliográficas a este respecto. Por otra parte, hay algunos aspectos que merecen atención para los propósitos de nuestro trabajo.

Tomemos el hecho de que textos producidos por el movimiento de la MBE anuncian que se trata de "un nuevo paradigma asistencial y pedagógico". Algunos explicitan tal propiedad como un subtítulo en la misma tapa del libro (Drummond y Silva, 1998). Como muestran Sayd y Nunes-Moreira (2000) en un pertinente texto sobre las posibles afinidades propositivas encontradas en el pensamiento filosófico escéptico y el movimiento de la MBE, esta no se constituiría en nuevo paradigma, pues consiste en un modelo cognitivo adaptado a la práctica clínica que no rompe con modos lógico-rationales de producción de conocimiento científico.

Importa ahora, subrayar que tal noción kuhniana ha sufrido una impresionante popularización, volviéndose, en cierta forma, un término empleado abusivamente, no obstante su polisemia. Incluso en el campo de la filosofía de la ciencia, su imprecisión semántica ya fue discutida e, incluso, reelaborada por el mismo Kuhn (1974).

Además, caben aquí algunos comentarios sobre el desgaste del uso de la idea de "paradigma", no solo en los dominios académicos sino, también, más allá de sus fronteras. Jesús de Paula-Assis (1993) muestra cómo la importación de términos kuhnianos — especialmente de *Estructura de las revoluciones científicas* (Kuhn, 1970)— por parte de autores de las ciencias sociales y humanas, es poco fiel a las intenciones de Kuhn. Consideramos que esto vale también para el uso hecho

por los autores y divulgadores de la MBE, Kuhn es un teórico y crítico de la racionalidad científica y propone un modelo de análisis para la racionalidad humana, sus efectos y consecuencias, sobre la base de las ciencias llamadas naturales. Estas a su vez, se constituyen cada vez más en elementos centrales de la cultura occidental, con vistas a la producción de conocimiento y de objetos técnicos.

En verdad, como se indicó en otro lugar (Castiel, 1999), el enfoque de la MBE permanece eminentemente vinculado a las tradiciones de la razón científica. Además, no podría ser de otra forma, pues la práctica médica se ve como una disciplina directamente vinculada a las biociencias. En alguna medida, sin embargo, hay una alteración del enfoque, con énfasis en los modos empiricistas de investigación en la ciencia, vehiculizados especialmente por los estudios de la epidemiología clínica al abordar dimensiones diagnósticas/terapéuticas/pronósticas en la práctica biomédica. En otras palabras, si la medicina es vista por algunos como una mezcla de "ciencia" y "arte" (incluso se podría decir "artesano", donde el maestro-artesano se constituiría como autoridad, *expert/perito* en su especialidad), la MBE reforzaría mucho más la dimensión "ciencia", para evitar los riesgos de errores en decisiones basadas en intuiciones originadas en la experiencia acumulada, conferida solamente por la maestría en las "artes clínicas".

Cabe ahora, basados en Sousa-Santos (1989), señalar algunas características de la ciencia moderna, con sus modelos objetivistas, empiricistas y positivistas, cuya correspondencia con la MBE es perceptible. Por ejemplo, considera que la única forma consistente de conocimiento es el científico (en tanto orientado por la racionalidad positivista), pues se basa en la idea de objetividad; reduce el universo de lo observable a lo cuantificable y establece que la validez del conocimiento depende de una noción de "rigor" fundada en la lógica matemática, descali-

ficando cualidades (no “cuantificables”) que dan sentido a la práctica; decide lo que es relevante y se permite desdeñar lo que no consigue o no se decide a abordar, considerándolo irrelevante; se orienta por preceptos de racionalidad formal/instrumental, desvinculándose de las posibles consecuencias irracionales originarias de sus productos técnicos; y, sobretodo, proporciona oportunidad a la creación de *experts* y especialistas, hipertrofiando la alianza saber/poder, homogeneizando y descalificando la participación de otras racionalidades médicas y saberes legos.

En una perspectiva equivalente, Barata (1996) hace críticas específicas a la ideología de la epidemiología clínica; la incondicional objetividad del conocimiento científico (y su capacidad de poner en evidencia “verdades”); la potencia del instrumental cuantificador probabilístico en este proceso; la idea del progreso ilimitado en el desarrollo tecnológico de productos, técnicas e intervenciones con miras a la prevención, detección y tratamiento; la fuerte creencia en la neutralidad del emprendimiento científico, cuya premisa mayor es la dicotomía sujeto/objeto, y, por consiguiente, el control de ambos, optimizando la objetividad y evitando los peligros de la subjetividad.

Por otro lado, sin duda, es innegable que la MBE puede traer importantes contribuciones a las tentativas por disminuir los márgenes de incertidumbre (y, también, de evitar errores médicos no originados en la negligencia), en las decisiones clínicas. Como sugieren Sayd y Moreira (2000), su mayor contribución, sin embargo, se vincula más al ámbito de la ética médica, en el registro deontológico. Más específicamente, permitiría principalmente ampliar los márgenes en la demarcación de parámetros para establecer la mala praxis clínica.

En cierta forma, las referidas autores, indican habermasianamente, aunque en forma sintética, los posibles “problemas de mediación que alcan-

zan el plano de las prácticas cotidianas” (Sayd y Nunes-Moreira, 2000: 34), en virtud de las antinomias de la ciencia moderna, por ejemplo: nuevos versus viejos paradigmas. Ahora, nuestra idea en este texto es enfatizar que la idea de “nuevo paradigma” habría pasado a cumplir también una función de carácter mercadológico, como lema para la difusión (y venta) de modalidades de competencia especializada y de sus productos/tecnologías.

Por lo tanto, el Dr. Sackett no debería sorprenderse tanto de la eclosión de la “sacketización”. Resulta claro que este “fenómeno” indica qué libros pueden ser espuriamente ligados a la MBE, para eventualmente tener mayor venta. Pero, si fuese ese el caso, ¿cómo establecer el “control de calidad” entre las muchas obras sobre la temática, especialmente si tenemos en cuenta que se trata de un movimiento con preocupaciones de enseñanza, o sea, la creación de discípulos, seguidores y polemizadores? Tomando la libertad de llevar esto al absurdo, podemos incluso pensar la posibilidad de emergencia de sociedades de MBE que pasarían a realizar exámenes de aptitud en el área para asegurar un “sello” de competencia y la autenticidad de sus componentes, de tal modo que sus producciones académicas no sean indebidamente sacketizables... Pero, curiosamente, la sacketización parece constituirse en un indicador paradójico del éxito (incontrolado) en la difusión de la MBE.

Tal vez más paradójico todavía es el hecho de que uno de los elementos cruciales de las proposiciones de la MBE está en la orientación hacia los médicos basados en evidencias que las busquen en las fuentes disponibles de información para las mejores decisiones clínicas posibles. Ahora bien, esta es una de las maneras de configurar una forma de *expertise*. Así, la MBE se constituyó como una práctica instituyente de *expertise*, aunque, eventualmente, especificada y focalizada.

Otra posible dimensión de la sacketización podría localizarse en la

proliferación de propuestas "basadas en evidencias". Incluso asumiendo que la epidemiología también actuó como fuente de evidencias para la salud pública basada en evidencias (Muir-Gray, 1997). O, entonces, procesos decisorios para programas de salud comunitaria basados en evidencias (Jackson et al. 1998: 7) donde decisiones correspondientes son, entre otros puntos, "informadas por las mejores evidencias disponibles sobre el comportamiento individual, las características de la población y las estrategias para promover la salud (...). Además de esto, las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades aplicadas en contextos comunitarios pueden mostrarse aún más costo-efectivas que la realización de acciones terapéuticas posteriores en contextos clínicos". No obstante, se señala que uno de los desafíos mayores de tal enfoque en el campo de salud colectiva aparece, justamente en el ámbito de la promoción de la salud basada en evidencias, donde "medir y evaluar las respectivas variables dependientes e independientes es mucho más difícil que en los dominios de la prevención de la enfermedad (...) e implementar medidas de PS es también más complejo y menos factible" (Jenicek, 1997: 190-191).

En nuestra opinión, los obstáculos mayores no se refieren a las dificultades provenientes de, ni siempre se dispone de evidencias seguras sobre determinadas cuestiones o, incluso cuando están disponibles, puede no haber certidumbre sobre cuáles serían las mejores opciones. O también, los problemas de operar con variables (in)determinadas o en las limitaciones en la implementación de medidas clínicas o en propuestas de promoción de salud. Las preocupaciones centrales deberían, en la medida de lo posible, tomar como base la evidencia de salud configurada como una macro categoría multivariada. Pues admite, conforme a los contextos, múltiples definiciones, con distintas repercusiones y consecuencias. Especialmente en el ámbito

humano, "salud", ciertamente, es diferente de "vida". Sería un pre-requisito para el vivir, que incluye el placer, el dolor, la invención la creatividad, el arrebató. Y esto, desdichadamente, no sucede sin riesgos, especialmente para la salud.

Expert en MBE

En general, el término *expertise* refiere al individuo que poseería habilidades reconocidas y/o conocimientos específicos sobre determinado campo de actividad/saber. Estas prerrogativas le atribuirían autoridad para tomar decisiones, actuar, en fin, abordar aspectos pertenecientes a su correspondiente área de supuesta competencia. Evitamos emplear la designación de diccionario de "experto" por su obvia y contaminante homofonía.

La distinción entre nociones como "autoridad", "competencia", "*expertise*", "pericia", no siempre son claras. No corresponde profundizarlas en este espacio. Aquí se considera que la noción de *expert* debería implicar el hecho de tal autoridad sea supuestamente sólida en virtud de entrenamiento adecuado, aptitud y/o experiencia adquirida a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la noción de *expertise* subyace a las posibles condiciones técnicas para actuar en la correspondiente rama de actividad.

Es importante caracterizar lo que se pretende designar cuando se habla de *expertise*. Dos criterios básicos deben considerarse dentro del ámbito de competencia:

1) Capacidad para proponer justificaciones consistentes para un franja de proposiciones en un dominio específicos (*expertise* propiamente dicha) ej. *expert* en técnicas estadísticas muestrales.

2) Aptitud para desempeñar una determinada habilidad (pericia) ej: perito en programación de redes computacionales.

Así, *expertise* señalaría tanto la posibilidad de enunciar proposiciones fundamentadas/competentes (sentido 1) como la demostración de habilida-

des evidentes para el desempeño de la tarea específica (sentido 2) (Weinstein, 1993). Es importante enfatizar que ambas dimensiones presentan áreas de superposición, por ejemplo, las actividades de un cirujano bucomaxilofacial pueden satisfacer ambos criterios.

Otro modo de acercarnos a estas distinciones es el propuesto por Polanyi (1958). Para él, hay un “conocimiento declarativo” (*declarative knowledge*) —conocimiento que se basa en principios explícitos que orientan el entrenamiento del cientista— y el “conocimiento procedimental” (*procedural knowledge*) —conocimiento que se basa en la acción, en la práctica—. Parece quedar claro que se trata siempre de la capacidad de alcanzar los mejores resultados posibles (en suma, ideas instrumentales relativas a eficacia y resolutivez) ante problemas y situaciones que estén bajo el foco de la atención de científicos y que permitan, de algún modo, la producción de objetos técnicos y la eventual transformación de estos en mercancías.

Independientemente del sentido empleado, sin embargo, la *expertise* viene acompañada de expectativas de “autoridad”. O sea, el *expert* tendría un estatus legítimamente alcanzado (y aceptado) a partir del cual estaría autorizado a producir pareceres que deberían ser tenidos en cuenta para los procesos de decisión, especialmente en casos donde la incertidumbre aumenta. Pero, como sugirió con pertinencia Sackett, no siempre la posición de un *expert* es garantía de certeza. Existen efectos colaterales posibles, puede ocurrir una cierta inversión de “ruta”. Es decir, si algo fue establecido/realizado por un *expert*, debe estar más próximo a la “verdad” y/o ser de mayor resolutivez. Y aquí Sackett evidentemente necesita, en su lugar de investigador académico, creer que en la ciencia hay “verdades” últimas a ser alcanzadas y que esto debería ser preservado. En este sentido, está alerta ante el hecho de que los *experts* pueden arrogarse una autoridad que no

puede garantizar la ausencia de errores no intencionales o, menos sostenible en términos éticos, el uso de prestigio para obtener ventajas personales.

Robert Merton (1998) llama *Matthew Effect* el hecho de que, cuanto más se desarrolla una escuela, cuanto más adeptos gana, mayor es su potencial de desarrollarse todavía más a través de referencias/premios recíprocos. Es esto, a nuestro ver, lo que debe haber desencantado a un cándido Dr. Sackett frente no solo al título honorífico, sino también a la hedionda criatura codiciosa —“Mr. Sacketeer”— que hacía propaganda engañosa al querer vender más libros en tanto perteneciente a la vertiente MBE, capaz de producir *best-sellers* biomédicos. (“Sacketeer” es un juego de palabras en el que nos tomamos la libertad fusionar el nombre del renombrado profesor con la expresión informal *racketeer*, que en idioma inglés tiene una acepción relativa a “engañador”: aquél que practica *racket* —esquema deshonesto (Webster’s 1994)—; en nuestro caso, aquel capaz de cometer “sackettización”...).

Además, debemos rodearnos de cuidados especiales en relación a las expectativas poco realistas al buscar en los *experts* (asumidos o no como tales) una seguridad imposible de obtener en las difíciles decisiones que nos rodean en la contemporaneidad socio-técnica. Muchas veces juicios y acciones envuelven costos y beneficios, pérdidas y ganancias pasibles de ser percibidos de manera confusa y desordenada.

Este panorama se manifiesta con vigor en el terreno biomédico. Las decisiones clínicas son generalmente inestables (Mendes-Ribeiro 1999), están potencialmente afectadas por tenores variados de incertidumbre de diferentes órdenes. Los casos pueden presentarse fuera de la tipicidad nosográfica consuetudinariamente esperada, conforme a la casuística y los libros de texto. Hay problemas derivados de aspectos relativos a las singularidades y complejidades de los procesos biológicos humanos. Puede haber interferen-

cias incontrolables originarias de dimensiones llamadas subjetivas (tanto en el sentido de "pérdida de la objetividad" por parte del médico, como de manifestaciones de subjetividad —el llamado "costado emocional"— del paciente). Hay también, incertidumbres provenientes de los conocimientos existentes hasta el momento y de la disponibilidad de objetos técnicos para intervención. Como dice Dantas (1999: 3) "(el) conocimiento científico, derivado de la aplicación de un método o camino racionalmente elegido, es contingente y falible. No existen verdades últimas en la ciencia médica (...)". En este caso, como se mencionó anteriormente, cabría explicitar: en la faceta científica de la medicina. Y, también, vale agregar, no creemos que existan "verdades últimas" en cualquier emprendimiento llevado a cabo bajo la égida de la ciencia.

Giddens y los sistemas

"expert". Bauman y la

competencia especializada

El sociólogo inglés Anthony Giddens produjo importantes contribuciones para la búsqueda de comprensión de los confusos tiempos actuales. Uno de sus constructos es el llamado "mecanismo de desencaje". Es decir de "dislocamiento" de las relaciones de los contextos locales de interacción y su reestructuración a través de extensiones indefinidas de tiempo-espacio. El desencaje liberaría al individuo de los poderes de las tradiciones y valores de comunidad donde está situado en el proceso de constitución de su identidad. Así, le daría libertad para elegir el espacio de vida que desea vivir, estando solamente sometido a las normas legales del Estado.

Uno de los ejemplos proporcionados por Giddens consiste en lo que denomina "fichas simbólicas". O sea, la inmaterialidad del dinero que se hace virtual en función de los procesos socio-económicos de globalización del capitalismo monopólico. Es posible tener acceso y adquirir bienes y servi-

cios en cualquier lugar del planeta en cualquier momento, independientemente de la moneda local, sea con "tarjeta de crédito", sea con el "dinero internético".

El otro ejemplo es más pertinente a nuestra discusión: los sistemas "expert" (el traductor del libro al portugués prefirió usar "sistemas peritos" para *expert systems* del original. Pero, por las razones ya presentadas optamos por mantener la expresión "expert"), "sistemas de excelencia técnica en competencia profesional que organizan grandes áreas de los ambientes material y social en que vivimos hoy" (Giddens, 1991: 35).

En el campo de la salud pública y de la prevención la difusión de las nociones de factores de riesgo por *experts*, intermediadas por el llamado periodismo científico en los medios de comunicación masivos, hace que surjan "pacientes preventivistas" cuyas acciones de salud no están necesariamente ancladas en indicaciones locales de sus respectivos médicos. Son perceptibles las repercusiones en el consumo a veces indiscriminado de medidas supuestamente protectoras, como por ejemplo, la automedicación de suplementos vitamínicos.

En base a estas acciones, los legos necesitan legitimar el conocimiento *expert*, algo que el lego no puede conferir por sí mismo (*¿inexperts?*). Para ello es necesario tener fe en tales sistemas. Fe que asume la forma de "confianza". Sin embargo, hay un elemento instrumental en la sustentación de esta fe. Son necesarias experiencias previas que aseguren que tales sistemas funcionen conforme se espera de ellos. En este caso, la etiqueta de ciencia aparecería como "sello de garantía" de la confiabilidad de los sistemas "expert". Basta llamar la atención sobre la frecuencia con que se pregona "comprobación científica" de sustancias e intervenciones de eficacia dudosa (como aquellas que se destinan a la "reducción de la celulitis") vendidas por canales de teventas, sin ningún pudor de orden moral.

Otro importante pensador de la contemporaneidad es Zygmunt Bauman, polaco radicado en Inglaterra, que en la obra *Modernidade e Ambivalência* (1995) señala el hecho de que la necesidad de ser racional se origina en la misma ambigüedad y en la tendencia al desorden del mundo actual. Hay una gran cantidad de información contradictoria, que apunta en sentidos antagónicos. Más aún: las muchas necesidades que emanan en estos tiempos parece que solo pueden ser satisfechas mediante considerable riesgo de pérdidas. O incluso, la insatisfacción de otras necesidades. Exceso de posibilidades, incertidumbres y ansiedades caracterizan estos tiempos.

La racionalidad genera competencia especializada que, a su vez, crea y estimula la necesidad de sí misma. Proliferan *experts* y especialistas con la función de orientarnos ante las manifestaciones de la ambivalencia (incertidumbre) de los tiempos actuales. Habitamos sociedades donde la acción mediada se extiende y satura diversas dimensiones del vivir cotidiano. Y, también, aspectos de orden existencial pasan a ser mediados por objetos técnicos y servicios especializados. Pero, en medio de las tentativas de resolver problemas de esta forma, surgen nuevos problemas.

Hay un proceso vigoroso de medicalización de la vida social, un afán de resolución de problemas, donde se producen artefactos e intervenciones de las tecnobiociencias, dirigidas a determinados propósitos instrumentales. Una vez alcanzados (por ej. la creación de antibióticos) terminan siendo distorsionados por, en principio, nuevos propósitos derivados del descontrol abusivo en el empleo de este tipo de medicamentos. O bien, ante las inexorables necesidades derivadas de la finitud de la condición humana, ¿cómo establecer límites éticos para las posibilidades cada vez más presentes de intervención tecnológica, muchas veces invasivas y/o generadoras de importantes efectos indeseables en pacientes en condiciones crónicas extre-

madamente graves, en los cuales costos y beneficios (en términos de calidad de sobrevivencia), son extremadamente difíciles de estimar *a priori*.

Con la ampliación de la longevidad de las poblaciones en determinados grupos sociales, tenemos, simultáneamente, la “obligación” de evitar los efectos de las señales del envejecimiento sobre nuestros cuerpos. Entonces surgen nuevos productos, *experts* y peritos en técnicas con esta finalidad. Y también, nuevos problemas y efectos indeseables derivados de la oferta indiscriminada de intervenciones ante una demanda que también aumenta.

Según Bateson (1973, apud Bauman, 1995) “la medicina acaba siendo una ciencia (sic) total, cuya estructura es esencialmente una bolsa de trucos”. Algunos trucos extremadamente valiosos y efectivos en el momento de liberar a las personas de problemas reales. Pero, como dijimos antes, se produce la creación de nuevos problemas, y para esto nuevas *expertises* y objetos técnicos se hacen necesarios, en una recursividad aparentemente ilimitada.

Conforme Bauman (1995) conocimiento y *know how* acumulados demandan, inevitablemente, aplicación. Ellos vuelven a cartografiar la condición humana como objeto de sus prácticas “nuevas y mejoradas”. La efectividad de la competencia especializada se mide por su capacidad de definir con “más precisión” las áreas que tiene ante sí (es decir, circunscribirlas de modo más estricto). Esto es perceptible en la efectividad con que la MBE recorta y reordena etapas y niveles múltiples de la práctica clínica.

Además de eso, el mercado media el acceso de la competencia especializada a los mundos habitados por los clientes (y viceversa). Como se indicó anteriormente, las fuerzas del mercado se encargan de la transformación final. Las creaciones tecnológicas asumen el formato de mercancías. Inevitablemente, también la competencia especializada se torna un bien sujeto a las leyes de oferta y demanda. Un ejemplo: la existencia de conferencistas

profesionales que venden (caro) presentaciones de supuestas *expertises* especialmente sobre temas relativos a la gestión empresarial, la motivación en el trabajo, la formación de liderazgos en el mundo de los negocios (Poles, 2000).

Incluso con innegable pertinencia, la MBE no consigue escapar de constituirse también como productos y mercancías cuya utilidad/importancia les están atribuidas (incluyen *experts* que venden presentaciones y cursos, publicaciones sobre el tema disponibles para ser adquiridas por el público interesado, etc., y que pasan también por estrategias persuasivas de *marketing*, donde la sackettización, a despecho de la voluntad del Dr. Sackett se constituye en una entre muchas). En este caso se debe construir con éxito una conexión entre el producto y una necesidad. De manera bastante sintética, en el caso de la medicina: la disminución de la magnitud de incertidumbre de las decisiones clínicas.

Como indica Bauman (1995) sin referirse a la MBE, el asesoramiento proveniente del conocimiento especializado y sus productos permite a sus poseedores atender la necesidad crucial de racionalidad. La suposición de una supremacía monopolista de atribuir sentido y de evaluar los modos de vivir a partir de esa perspectiva constituye la esencia del orden social contemporáneo occidental. Además los científicos se instituyen en grupos investidos de la función de producir categorías y taxonomías. Erigen defensas contra lo que es atípico, inesperado. Es necesario considerar las dificultades para escapar del poder de los científicos de prescribir permitidos/prohibidos; adecuados/inadecuados; aprobaciones/desaprobaciones. El llamado público lego es convocado a asumir posturas racionales a partir de veredictos científicos especializados.

Comentarios finales

A partir del momento en que la medicina adquiere un estatus de "ciencia" (siglos XVIII/XIX), sus agentes pasan

a considerar cada vez más la posibilidad de alcanzar "verdades soberanas" que separarían progresivamente al hombre del sufrimiento, de la ignorancia, de la muerte precoz y de la incertidumbre. En este itinerario accidentado, la Biomedicina ha considerado la dolencia (bajo un punto de vista ontológico) y sus correlatos —patologías, disfunciones, trastornos, enfermedades, etc.— como su principal objeto de estudio. Su principal misión es enfrentarla, o bien liberando la humanidad de estos males, cuando es posible, o atenuar sus efectos, buscando ampliar la longevidad.

En general, el conjunto de las diferentes preocupaciones que surgen a lo largo de la trayectoria de la Medicina Occidental Moderna no parece enfatizar suficientemente dimensiones morales/éticas (en medida equivalente a lo que se declara) que envuelvan la idea de cuidado y de compasión (Boff, 1999). Los agentes de la Biomedicina, formados en el contexto del intervencionismo medicalizado occidental, además de eso, también sufren influencias directas de la llamada globalización y de los intereses de mercado. Tales circunstancias pueden distanciar muchos de los profesionales de salud y de las agencias/instituciones de salud de las llamadas preocupaciones morales/éticas. Esto porque muchas de las actitudes o posturas que orientan las decisiones clínicas o que producen resultados considerados efectivos, son muchas veces incompatibles con el respeto tanto por la singularidad como por la participación del mayor interesado —la persona que está doliente—.

¿En que nivel estará siendo considerada la compasión por el otro —que llevaría al verdadero cuidado—? ¿Cuál es la importancia de las otras "verdades" para la MBE, incluyendo aspectos psicológicos, socio-culturales, si las decisiones clínicas deben estar estrictamente modeladas y concluidas por los resultados de estudios bioestadísticos, desarrollados por la llamada epidemiología clínica, y/o por

investigaciones sistemáticas vía Internet de la literatura médica?

¿Cómo reforzar la importancia de los matices de la relación médico/paciente, especialmente dando énfasis a la empatía y a la capacidad intuitiva del médico, si se priorizara el triángulo: médico-MBE-pacientes?, ¿dónde, a pesar del diálogo entre médico y paciente, se deberán configurar las decisiones (como regla) a partir de los resultados obtenidos por el instrumental técnico de la MBE? Finalmente ¿es más importante utilizar la mejor técnica, curativa o no, paliativa o no, aliviadora o no, en lugar del cuidado? O ¿es más importante cuidar, mitigar el sufrimiento, a pesar de que la mejor técnica esté disponible o no?

El surgimiento de la *expertise* en la MBE parece perpetuar la dificultad de los agentes de la Biomedicina para asumir un papel diferente, de manera de relativizar el nivel de asimetría entre el registro de lo que sean las mejores “evidencias científicas” y otras “evidencias” del paciente, no siempre tan evidentes al dispositivo biomédico, basado o no en evidencias. Cuando se presenta un caso que es diferente, es necesaria una relación de respeto básico entre partes de trabajo (incluso aunque no practiquen MBE), a otras formas de conocimiento/saber, a proyectos y deseos del paciente y al acercamiento a la comprensión de la condición y del sufrimiento humanos (Prado, 2000). Tal vez de esta forma estaremos más próximos en la búsqueda del efectivo cuidado de la persona que está enferma.

Hace más de cien años, el pensador francés Paul Valéry (1998) escribió: “llegamos a imaginar el mundo, como si él se dejara reducir aquí y allí, a elementos inteligibles. O bien nuestros sentidos bastan para ello, o bien son empleados otros métodos más ingeniosos para ese propósito, pero quedan vacíos. Las tentativas siguen siendo lacunares” (Valéry, 1998: 53-55).

En el caso de la clínica médica, existen inevitables desbalances (en mayor o menor grado) entre los conte-

nidos científicos disponibles para situaciones similares anteriormente descriptas/observadas y aquel paciente específico que se presenta para la atención. Así, en el desarrollo de la actividad diagnóstico terapéutica, los médicos desarrollan estrategias que buscan minimizar las ambivalencias que rodean su *métier*: por ejemplo, la creación de protocolos de decisión (los estadios oncológicos y las correspondientes conductas) y el empleo de rutinas (los “exámenes de rutina”).

La MBE consiste, en síntesis, en la tentativa de amplificación/creación de *expertise* médica (en el sentido 1), con vistas especialmente a disminuir las incertidumbres en el proceso clínico (diagnóstico/terapéutico/pronóstico) a través de la consulta continua a información producida (y validada) en investigaciones de epidemiología clínica. Todavía así, ante las complejidades (y perplejidades) de la condición humana, las incertidumbres insisten en rondar los procesos clínicos.

En fin, la intención de este comentario es enfatizar que paralelamente al movimiento de progresión en las tentativas de proveer inteligibilidad a nuestros objetos de estudio, es necesario tener en cuenta la posibilidad de que existan dimensiones inalcanzables en este movimiento racionalista, propio del pensamiento contemporáneo occidental. Si es preciso hacer precisos (en la medida de lo posible...) nuestros objetos de estudio, para que el dispositivo racionalista opere, ¿cómo hacer cuando no conseguimos obtener al menos alguna claridad/precisión en la discriminación de todos estos ítems?

Pero: ¿cómo saber cuándo, en nuestro afán de delimitar objetos, no producimos objetos-modelos, sino creamos objetos artefactos y los reificamos/fetichizamos? Es difícil de decir, lo admitimos. Sin embargo, incluso asumiendo que nos queda proseguir en la aventura del conocimiento, nos parece adecuado desconfiar, con bastante levedad y cuidado, de cuánto nos adelanta, de hecho, en términos de

avances en los saberes y en las prácticas en salud, nuestro ímpetu por ir hacia adelante... Creemos que hay momentos en que se debe hacer breves y suaves "intervalos de desconfianza" para que intentemos obtener alguna idea de efectos/resultados de nuestros irrefrenables impulsos de conocer y producir objetos. •

Referencias

- Barata RB, 1996. "Epidemiología clínica: Nova ideologia médica?". *Cadernos de Saúde Pública* 12: 555-560
- Bauman Z. 1995. *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Boff L. 1999. *Saber Cuidar – Ética do Humano – Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Castiel LD. 1999. *A Medida do Possível, Saúde, Risco e Tenobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Contracapa/Editora Fiocruz.
- Dantas E. 1999. "Normalizando e normalizando práticas não-convencionais: Ética e pesquisa num contexto de incerteza". *Medicina On Line II* <http://www.mdonline.com.br/medonline5/medonline5.htm>.
- Drummond JP y Silva E. 1998. *Medicina Baseada en Evidências. Novo Paradigma Assistencial e Pedagógico*. Rio de Janeiro: Editora Ahteneu.
- Giddens A. 1991. *As Consequências da Modernidade*. San Pablo: Editora Unesp.
- Greenhalgh T, Hurqwitz B. 1998. *Narrative-based medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. Londres: British Medical Journal Publishing Group.
- Jackson CA; Pitkin K, Kington R. 1998. *Evidence-based Decisionmaking for Community Health Programs*. Washington: Rand.
- Jenicek M. 1997. "Epidemiology, evidence-based medicine, and evidence-based public health". *Journal of Epidemiology* 7: 187-197.
- Kuhn T. 1970. *A Estructura das Revoluções Científicas*. San Pablo: Editorial Perspectiva.
- Kuhn T. 1974. "Second thoughts on paradigms". En: *The Structures of Scientific Theories* (F. Suppe ed.). Chicago: University of Illinois Press: 7-28.
- Mendes-Ribeiro J. 1999. "Técnica médica e singularidades". En: *A Ciência e seus Impasses. Debates e Tendências em Fiklosofía, Ciências Sociais e Saúde* (J. Vaitsman, S. Girardi, org.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 181-209.
- Merton RK. 1968. "The Matthew effect in science". *Science* 159: 56-63.
- Muir-Gray JA. 1997. "Evidence-based public health – What level of competence is required?". *Journal of Public Health Medicine* 19: 65-68.
- Paula-Assis J. 1993. "Kuhn e as ciências sociais". *Estudos Avançados* 7: 133-164.
- Polanyi M. 1958. *Personal Knowledge – Towards a Post-Critical Philosophy*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Poles C. 2000. "O negócio das palestras". *Veja* 1678: 76-81.
- Prado J. 2000. "Medicina baseada em certas evidências". *Revista Brasileira de Medicina* 57: 3.
- Rosemberg WMC, Donald A. 1995. "Evidence based medicine: An approach to clinical problem solving". *BMJ* 320: 1122-1126.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosemberg W, Haynes RB. 1997. *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. Londres: Churchill Livingstone.
- Sackett DL. 2000. "The sins of expertness and a proposal for redemption". *BMJ* 320: 1283.
- Sayd JD, Nunes-Moreira MC. 2000. "Medicina baseada em evidências. Cetismo terapêutico, recorrência e história". *Physis. Revista de Saúde Coletiva* 10: 11-38.
- Sokal A., Bricmont J. 1999. *Imposturas Intelectuais. O Abuso da Ciência pelos Filósofos Pós-modernos*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Sousa-Santos, B. 1989. *Introdução a uma Ciência Pós-moderna*. San Pablo: Editora Graal.
- Valéry P. 1998. *Introdução ao Método de Leonardo da Vinci*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*. 1994. Nueva York: Gramercy Books.
- Weinstein BE. 1993. "What is an expert?" *Theoretical Medicine* 14: 57-73.