



**Institute of Medicine (IOM). *The Learning Healthcare System: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press, 2007.**

**Diego Gracia**

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos es desde varios puntos de vista un modelo digno no sólo de admirar sino también de imitar. Las Academias de Medicina de Europa deberían mirarse en él y cambiar lo necesario para que su autoridad y su prestigio lleguen al nivel que él ha conseguido.

El porqué de la distancia que separa los documentos emanados del Instituto de Medicina de los Estados Unidos y de las Academias europeas, es a todas luces evidente. No se trata de un club de ancianos, ni del cetro que reciben, como premio, las personas que han sobresalido por su excelencia profesional o académica, sino de un lugar de trabajo donde se elaboran informes de alta calidad técnica que puedan resultar útiles tanto al gobierno como a los miembros de la sociedad, en este caso de los Estados Unidos. Esto es tanta verdad, que el prestigio de esta institución, como el de otras de ese lado del Atlántico, no está en otra cosa que en la calidad de sus informes. Su lema dice: *Advising the Nation, Improving Health*. Y esa función asesora de los gobernantes se la toma muy en serio, actuando de forma proactiva y no sólo reactiva, es decir, intentando identificar los problemas principales de la sanidad norteamericana y proponiendo soluciones que puedan luego operativizar los políticos y administrativos.

Sucede con esto algo similar a lo que acontece también con los Comités Nacionales de Ética. En este momento la mayor parte de los países occidentales disponen de este organismo, que en principio tiene como objetivo asesorar y crear opinión madura y responsable sobre los conflictos de valor que cotidianamente se presentan en nuestra sociedad. Hay Comités nacionales de bioética de muy distinto estilo. Los modelos extremos son dos. Uno es el norteamericano, que se caracteriza por ser un Comité técnico, cuyo objetivo es elaborar informes del máximo rigor y calidad, de los que hacen depender su prestigio y su futuro. Abreviadamente cabe llamarlo un Comité técnico. En el extremo opuesto están muchos de los Comités nacionales europeos, en especial los propios de los países mediterráneos, cuya composición está al albur del partido que en ese momento se encuentre en el gobierno, y cuyos informes son de muy discreta calidad técnica y alto contenido ideológico. Ni que decir tiene que la sociedad responde a esto con la ignorancia, unas veces, y con el rechazo, otras.

Esto que se dice de los Comités nacionales es aplicable por igual a las Academias, en este caso a las Academias de Medicina. Son, de acuerdo con el objetivo fundacional, órganos de asesoramiento de los gobiernos y de las instituciones de los Estados. Esto puede hacerse de dos maneras, que cabe llamar proactiva y reactiva. Esta última se limita a responder a las demandas que llevan a cabo los poderes del Estado, el legislativo, el ejecutivo y el judicial. La otra, la proactiva, considera que su objetivo más importante no es ése sino adelantarse a los acontecimientos y elaborar informes de expertos que puedan contribuir decisivamente a crear opinión responsable y madura sobre los asuntos más graves de la sanidad. Digo opinión responsable y madura, porque estas instituciones, y en nuestro caso la Academia Nacional de

Medicina, tienen que ganarse su propio prestigio a pulso, a través del rigor de sus informes. Nadie tiene por qué otorgarles prestigio a priori. Un ejemplo paradigmático de esto, digno de admirar y de imitar, es el del Instituto de Medicina de los Estados Unidos.

En su función de vigía del estado de la sanidad en su país y de consejero de su gobierno, el Instituto de Medicina publicó el año 2000 un informe de indudable repercusión internacional, *To Err is Human*. Al año siguiente publicó otro que profundizaba en el mismo tema, *Crossing the Quality Chasm*. De ellos partió toda la estrategia hoy mundialmente conocida con el nombre de “seguridad del paciente”. Lo que se buscaba con ella era, como decía el subtítulo de ese informe, *a safer health system*. En el informe *To Err is Human*, el Comité de Calidad de la Asistencia Médica, encargado de elaborarlo, afirmaba que cada año fallecían en Estados Unidos entre 44.000 y 98.000 personas debido a errores médicos. Para mejorar la calidad asistencial es preciso identificar esos errores que cometen los profesionales, por lo general sin intención ni culpa, pero que tienden a esconder por obvias razones. La tesis del informe es que el miedo a la criminalización de la conducta evita sacar a luz los errores y por tanto corregirlos. De este modo, lo que en principio se había establecido para la seguridad del paciente, la persecución judicial de las conductas irregulares, se estaba volviendo en contra suya, al impedir la corrección de los errores. Sólo un sistema que permitiera sacar a luz los errores podría disminuir estos y de ese modo aumentar la seguridad del paciente, que es, en última instancia, lo que se pretende.

Por primera vez en la historia, hoy estamos en disposición de prevenir eficazmente muchos de esos errores. Más aún. La tecnología digital y computacional está comenzando a posibilitar el manejo de ingentes masas de información, permitiendo que no se pierdan datos clínicos, lo que en otros términos significa que todo dato clínico puede ser a la vez dato de investigación. La clásica distancia entre investigación y asistencia, o entre aprendizaje y práctica está llamada a desaparecer, de tal modo que todo acto clínico lo sea también de investigación y de aprendizaje. De este modo se conseguirá progresar en tiempo muy breve de forma espectacular, y la investigación dejará de verse como una actividad colateral del ejercicio clínico. En terminología del *Institute of Medicine*, el gran reto actual está en aproximar, y a la postre unificar, *Learning and Health Care*, dando lugar a una estructura integrada y unitaria, que denominan *The Learning Healthcare System*, la integración de la asistencia y la investigación en un único sistema, de tal modo que todo acto asistencial lo sea también de investigación, y viceversa. De las consecuencias éticas de este proyecto se ha hecho eco últimamente el *Hastings Center Report*, en su número especial *Ethical Oversight of Learning Health Care System*, aparecido en 2013.

La doctrina del *learning healthcare system* la han elaborado los miembros de la *Roundtable on Evidence-Based Medicine*, que el Instituto de Medicina creó en 2006 con el cometido de promover la utilización clínica de la evidencia científica. Se ha propuesto como objetivo que en el año 2020, el noventa por ciento de las decisiones clínicas estén basadas en información clínica precisa y fiable, de acuerdo con la mejor evidencia disponible. Los trabajos del primer año dieron como resultado la puesta a punto del concepto de *learning healthcare system*, en su intento por acercar, y a ser posible unir la investigación clínica y la práctica clínica en torno a la idea de evidencia científica (*to make culture and practice changes that will allow us to move clinical practice and research into closer alignment*). Para ello es preciso involucrar tanto a los profesionales como a los pacientes en la empresa de considerar el acto clínico como un proceso de investigación y descubrimiento que redundará en la mejora de la asistencia. Esto obliga no sólo a cambiar la mentalidad del clínico sino también la del investigador (*a new clinical research paradigm that draws clinical research more closely to the experience of clinical practice*). Ni que decir tiene que en todo esto ha de jugar un papel fundamental la computación electrónica, que permite hoy manejar cantidades ingentes de información, lo que en el caso de la medicina está llevando a una nueva concepción de la historia clínica (*advancing the notion of*

*clinical data as a public good and a central common resource for advancing knowledge and evidence for effective care).*

El informe objeto de este comentario apareció al año siguiente de establecido el grupo de trabajo, en 2007 y es el primero de una ya larga serie que ha ido viendo la luz a partir de entonces. En 2008 apareció otro titulado *Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Healthcare*. El de 2009 se titula: *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation*. En 2010 se publicaron dos: *Leadership Commitments to Improve Value in Healthcare: Toward Common Ground* y *Redesigning the Clinical Effectiveness Research Paradigm: Innovation and Practice-Based Approaches*. Los publicados en 2011 fueron seis: *Clinical Data as the Basic Staple of Health Learning*; *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes*; *Digital Infrastructure for the Learning Health System: The Foundation for Continuous Improvement in Health and Health Care*; *Engineering a Learning Healthcare System: A Look at the Future*; *Learning What Works: Infrastructure Required for Comparative Effectiveness Research* y *Patients Charting the Course: Citizen Engagement in the Learning Health System*. Finalmente, en 2012 ha visto la luz otro que lleva por título *Digital Data Improvement Priorities for Continuous Learning in Health and Health Care*.

Todos estos informes caminan en la misma dirección, y pueden verse como continuación del programa de incremento de la seguridad del paciente. Su tesis básica es que la medicina no progresa más porque desperdiciamos muchos datos clínicos y no conseguimos hacer del acto clínico un acto de investigación y aprendizaje. Es preciso integrar ambos sistemas, hasta el punto de hacer de ellos uno solo. Todo acto clínico debe ser un acto de investigación y viceversa. Sólo entonces la medicina habrá encontrado su verdadera velocidad de crucero.

Diego Gracia