



Medicina basada en evidencia vs evidencia basada en medicina

Everyone is so busy doing research, they don't have time to stop and think about how they're doing it.

Douglas Altman, 1994

En 1971, Archibal Leman Cochrane publicó su libro *Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*, en él señalaba las grandes limitaciones dentro de los sistemas de salud para ofrecer las mejores intervenciones a la población. Puntualizó que no sólo se trataba de falta de efectividad, sino también de un deficiente uso de recursos, lo que a final de cuentas ponía en riesgo los principios de equidad y justicia social en el otorgamiento de los servicios. Este fue el momento fundacional de la llamada medicina basada en evidencia (MBE), un movimiento encaminado a generar información científica de la mayor calidad que contribuyera a la mejor toma de decisiones en el ámbito clínico. Desde entonces se ha generado toda clase de indicadores de calidad, tanto de la investigación clínica como de sus publicaciones asociadas, al grado de convertirse en sí misma en una disciplina con su cuerpo de conocimientos, metodología y campos culturales (revistas, congresos y sociedades alrededor del tema). El objetivo, siguiendo la definición de David L. Sackett, era “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”.

Luego de cinco décadas de iniciada la era de la MBE, los resultados no son muy alentadores en los términos empleados originalmente por Cochrane. Para muchos, la medicina actual en el mundo se encuentra en crisis, y gran parte de ella se centra en el inadecuado uso de recursos que no cuentan con evidencia científica sólida. Un ejemplo reciente lo constituye el uso masivo durante muchos años del medicamento Tamiflu, para disminuir las complicaciones y la mortalidad por influenza. En el año 2014, una revisión de los datos disponibles de 83 estudios científicos concluyó que el efecto del medicamento era poco significativo en

la evolución de la enfermedad (Jefferson, 2014), por lo que recomendó a los gobiernos excluirlo de sus cuadros básicos. Para esas fechas, se calculaba en un aproximado de 8000 millones de dólares el gasto hecho en el mundo en la compra del medicamento. Para tener una idea de la dimensión del problema, se ha estimado que hasta 85 por ciento de los recursos utilizados en la investigación biomédica han sido, literalmente, tirados a la basura (Macleod, 2014).

Uno de las críticas a la MBE ha sido que en muchas ocasiones se da por sentado que un tipo de diseño epidemiológico por sí mismo genera información confiable (como sería el caso de los estudios controlados y aleatorizados), cuando no necesariamente es así. Recientemente, Marcus R. Munafò (2017) señaló algunos de los problemas relacionados con la falta de reproducibilidad de los estudios clínicos controlados: *a)* muestras inadecuadas para poder demostrar un efecto, *b)* mala calidad en la recolección de los datos, *c)* efectos clínicos muy pequeños tomados por “significativos”, *d)* elaboración de hipótesis acomodadas a los resultados obtenidos, *e)* búsqueda exhaustiva de patrones estadísticos sin significado (*p-hacking*), *f)* sesgos de publicación (la tendencia a publicar sólo aquellos resultados que van de acuerdo con nuestras hipótesis), entre otros.

A esta crítica se añade que los investigadores han dirigido sus esfuerzos en contestar preguntas que para ellos son relevantes, sin tener mucho en cuenta el interés de los pacientes, o dando preponderancia a los terceros interesados, como los administradores o patrocinadores de los servicios.

La MBE no ha tenido en cuenta que la utilización de los datos derivados de la investigación clínica no se

limita a calificar el tipo de diseño que lo origina, y dar por hecho que la evidencia por sí misma da lugar a buenas decisiones; se trata en realidad de un complejo proceso iterativo, interpretativo, interactivo y social que implica vínculos e intercambios entre investigadores, personal de salud, sistema de salud, pacientes, población sana, administradores y gestores de la salud.

Dicho en otras palabras, no se ha distinguido la llamada esfera de control (el espacio de la generación de datos) de la esfera de influencia (transformación de datos en información) y de la esfera de interés (toma de decisiones médicas). Es quizás éste último espacio, la toma de decisiones, donde mayor trabajo haya que hacer, desde el momento mismo de la formación del profesional de la salud. Se trata no sólo de que el profesional tome la mejor decisión, sino que sea consciente de cómo es que pudo tomar esa decisión y no otra (meta-aprendizaje). Significa incorporar la incertidumbre, el riesgo de sesgos cognitivos y las presiones del medio ambiente, como componentes omnipresentes en la toma de decisiones.

Abandonar la idea de que se trata de actos “puros” guiados por evidencia científica incontrovertible, cuando precisamente por su naturaleza científica, son siempre motivo de controversia. Esto puede permitir no sólo tomar las mejores decisiones en el mayor interés de los pacientes, sino además facilitar la comunicación entre el personal de salud, pacientes y familiares, dado que finalmente se trata de una decisión compartida. Significa cambiar el enfoque, desde una medicina basada en la evidencia, hacia una evidencia basada en medicina. 