



## Medicina basada en evidencias: beneficios, inconvenientes y riesgos de un nuevo dogma

Juan Ramiro Ruiz Durá\*

### RESUMEN

Los avances en la bioestadística y la epidemiología ocurridos durante el siglo XX contribuyeron al desarrollo de la investigación clínica. La polémica acerca del papel real de estas disciplinas en la validación de la actividad clínica no es nueva: en la historia de la medicina se encuentran constancias de esta controversia desde el siglo XIX. La medicina basada en evidencias es una metodología reciente dirigida a evaluar la investigación clínica, que empieza a considerarse el "patrón de referencia" para la valoración del conocimiento y la práctica médica. Su método se basa, principalmente, en metanálisis o revisiones sistematizadas, por medio de los cuales intenta ofrecer respuestas a preguntas clínicas concretas. Estas respuestas, sin embargo, son claramente de corte estadístico. El método no resulta útil en el quehacer clínico, por lo que debería orientarse al proceso enseñanza-aprendizaje, así como a la creación de normas de trabajo. Su aplicación implica ciertos beneficios, pero también varios inconvenientes prácticos, en los ámbitos cultural, académico y socioeconómico, derivados de su uso indiscriminado. Por ello, su utilización racional es un reto para la medicina contemporánea.

**Palabras clave:** medicina basada en evidencias, epistemología médica, medicina social.

### ABSTRACT

Progress in biostatistics and epidemiology during twentieth century contributed to clinical research development. Controversy about the real role of these disciplines in validating clinical activity isn't new: in history of medicine there are evidence since nineteenth century. Evidence-based medicine is a recent methodology to evaluate clinical investigation that begins to be considered gold standard in knowledge and medical practice evaluation. Its method is based mainly in systematized meta-analyses or revisions through which tries to offer answers to concrete clinical questions. These answers are, however, clearly of statistical nature. It is not useful in clinical practice but rather should be focused to teaching-learning process, as well as on the creation of work regulations. Its application implies certain benefits, but also several practical difficulties in cultural, academic and socio-economic fields, due to its use without discriminating. Thus, its correct use is a challenge to contemporary medicine.

**Key words:** evidence-based medicine, medical epistemology, social medicine.

### RÉSUMÉ

Les progrès dans la biostatistique et l'épidémiologie qui ont eu lieu pendant le XXe siècle contribuent au développement de la recherche clinique. La polémique à propos du rôle véritable de ces disciplines dans la validation de l'activité clinique n'est pas nouvelle : dans l'histoire de la médecine se trouvent des évidences de cette controverse depuis le XIXe siècle. La médecine basée sur évidences (MBE) est une méthodologie récente destinée à évaluer la recherche clinique, qui commence à être considérée comme le « étalon-or » pour la mise en valeur de la connaissance et la pratique médicale. Sa méthode se base principalement sur les métaanalyses ou révisions systématisées, au moyen desquelles elle essaie d'offrir des réponses à des questions cliniques concrètes. Ces réponses, pourtant, sont clairement de type statistique. La méthode n'est pas utile dans le travail clinique, pour cela elle devrait s'orienter vers le processus enseignement-apprentissage, ainsi que la création de normes de travail. Son application entraîne certains bénéfices, mais aussi divers inconvénients pratiques, dans les domaines culturel, académique et socioéconomique, dérivés de l'emploi indiscriminé. Pour cela, son emploi rationnel est un défi pour la médecine contemporaine.

**Mots-clés :** médecine basée en évidences, épistémologie médicale, médecine sociale.

### RESUMO

Os avanços da bioestatística e a epidemiologia ocorrida durante o século XX coadjuvam ao desenvolvimento da investigação clínica. A polémica sobre o papel real destas disciplinas de validação da atividade clínica não é nova: na história da medicina encontraram constâncias de esta controvérsia desde o século XIX. A medicina baseada em evidências (MBE) é uma metodologia recente dirigida a avaliar a investigação clínica, que começa a ser considerada como o "standard de ouro" para a valorização do conhecimento e a prática médica. Seu método baseia-se principalmente nos metanálises ou revisões sistematizadas, por meio dos quais tenta oferecer respostas a perguntas clínicas concretas. Estas respostas são claramente de corte estatístico. O método não resulta útil no que fazer clínico, pelo qual deveria ser orientado ao processo de ensinamento-aprendizado, assim como, na criação de normas de trabalho. Sua aplicação implica em certos benefícios, mas também há vários inconvenientes práticos, nos âmbitos culturais, acadêmicos e socioeconômico, derivados de seu uso indiscriminado. Por isso sua utilização racional é um desafio para a medicina contemporânea.

**Palavras chave:** Medicina baseada em evidências, epistemologia médica, medicina social.

Los progresos en la epidemiología y la bioestadística ocurridos a partir de la mitad del siglo pasado han resultado determinantes para el desarrollo de la investigación clínica; sin embargo, aún continúa la polémica entre los que defienden y los que cuestionan el papel de estas disciplinas en la práctica clínica.

En el marco de esta controversia, en la década de 1990 hizo eclosión en la medicina un nuevo paradigma: la medicina basada en evidencias, destinada a sancionar de manera irrefutable la validez de las investigaciones, de los conocimientos y de las conductas clínicas actuales. Esta nueva metodología –lamentablemente presentada como un dogma– se propaga con rapidez, deslumbrando a los investigadores, a los profesores y aun a los mismos clínicos, muchos de los cuales la conciben como el “patrón de referencia” para actuar con el debido rigor científico.

Los primeros esbozos aparecieron en 1972, con la publicación del libro *Effectiveness and efficiency*, de Archibald Cochrane, fundador de la epidemiología moderna, y se complementaron, siete años más tarde, con la aparición de otro libro: *Controversy in counting and attributing events*, del importante epidemiólogo David L. Sackett.<sup>1</sup>

A finales del decenio de 1970, Sackett, Haynes y Tugwell trabajaron intensamente para incorporar la información epidemiológica a la toma de decisiones médicas y fundaron, en la Universidad de Oxford, el grupo de trabajo que dio origen a lo que después se conoció como el Centro del Proyecto de Colaboración Cochrane.<sup>2</sup>

En la década de 1980 aparecieron en el *Canadian Medical Association Journal* los primeros ensayos que señalaban la necesidad de revisar críticamente los estudios de las revistas médicas.<sup>3</sup> Poco después, Gordon Guyatt, del departamento de epidemiología clínica de la Universidad McMaster de Ontario, Canadá, acuñó el término de medicina basada en evidencias y asumió este método como una estrategia del proceso de enseñanza-aprendizaje; sin embargo, la aplicación definitiva de esta metodología ocurrió en 1992, con la publicación en el JAMA del trabajo

del propio Guyatt “La medicina basada en evidencias: un nuevo enfoque para la docencia de la práctica de la medicina” y con las “Users guides to the medical literature”, dirigidas principalmente a los residentes de medicina interna de la Universidad McMaster. De Canadá, la corriente se extendió ampliamente a Estados Unidos, Inglaterra, el resto de Europa occidental y América Latina.

Hoy en día existen incontables revistas impresas especializadas en el tema, entre las que destacan la *ACP Journal* de la propia Universidad McMaster y la *Evidence based medicine*, con versiones en inglés y en castellano, así como cientos de páginas en la red. En la base de datos MedLine el número de artículos sobre este tema ascendió de uno en 1992, a más de mil en la actualidad.<sup>4</sup>

Al mismo tiempo, el Centro de Proyecto de Colaboración Cochrane se ha extendido y ya cuenta con varias filiales, como el Centro Cochrane Latinoamericano, con base en España y en distintos países de Latinoamérica, el Centro Cochrane de Brasil, el Centro Cochrane Israelí, la Red Cochrane de Países en Desarrollo, etc., que conforman un gran sistema internacional cuyos objetivos son: “preparar, conservar y divulgar revisiones sistemáticas y actualizadas sobre atención de la salud”.<sup>5</sup> Para ello, dispone de un gran acervo sobre diversos temas al que se puede acceder vía Internet, previa inscripción a la Cochrane Library o Biblioteca Virtual Cochrane.

En el caso de los países latinoamericanos existe un acuerdo de cooperación firmado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Cochrane Library, a través de las empresas Bireme y Wiley Sons de Estados Unidos y Update Software del Reino Unido, que permite el libre acceso individual a la biblioteca, ya que los costos de dichas consultas deben ser compartidos por las organizaciones gubernamentales de un grupo de países de América Latina y el Caribe, según cuotas anuales proporcionales, con la siguiente distribución: Argentina (16%), Chile (8%), Colombia (16%), Costa Rica (6%), México (24%), Uruguay (6%), Venezuela (16%) y Puerto Rico (8%). Los demás países de América Latina y el Caribe están exentos de la contribución hasta el 2008, incluso.<sup>6</sup>

Lamentablemente, **al momento de escribir este artículo, nuestro país no ha cubierto la cuota correspondiente al 2007, por lo que se ha hecho necesaria la suscripción individual o institucional, cuyo costo aproximado es de 400 y 820 dólares americanos, respectivamente.**<sup>6</sup>

\* Hospital Médica Sur.  
Recibido: noviembre, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

Este artículo debe citarse como Ruiz Durá JR. Medicina basada en evidencias: beneficios, inconvenientes y riesgos de un nuevo dogma. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(3):167-73.  
La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.actualizacionmedica.com.mx](http://www.actualizacionmedica.com.mx)

## ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS

La discusión de si la investigación clínica debe valorarse exclusivamente desde un punto de vista epidemiológico –y por lo tanto cuantitativo– o si además deben tomarse en cuenta los aspectos cualitativos de la observación del paciente y la enfermedad, ni es nueva ni puede darse por concluida.

Esta controversia se remonta al siglo XIX. En 1830, un grupo de médicos franceses, con Pierre Alexander Louis a la cabeza, aplicó el método deductivo-racional –que ellos llamaron *medicine d'observation*– para valorar los resultados clínicos. Su objetivo era contrarrestar el método tradicional inductivo-observacional, considerado por ellos como empírico, que dominaba la investigación médica; sin embargo, este último no dejaba de contar con muchos adeptos, entre ellos Claude Bernard. Él resaltaba el valor que había tenido en el desarrollo de la medicina e ironizaba sobre el método deductivo, diciendo que era como: “si quisiéramos adivinar el número de personas que habitan en una casa, basados en la cantidad de humo que sale por la chimenea”.<sup>7</sup>

El método inductivo parte de la observación del caso particular para llegar a lo general, no requiere de una hipótesis previa y más bien conduce a ella. El descubrimiento de la vacuna contra la viruela, por Jenner, a finales del siglo XVIII, o el de los rayos X, por Roentgen en 1895, así como el hallazgo de la penicilina por Fleming, todos ellos, sin partir de ninguna hipótesis, son frutos del método inductivo-observacional.

El método deductivo, en cambio, parte de una hipótesis general que requiere ser demostrada antes de aplicarse a lo particular y se considera la base de la investigación moderna, desde que el gran epidemiólogo y estadístico británico sir Austen Bradford Hill publicó en el *British Medical Journal*, de 1948, los primeros estudios clínicos aleatorios para demostrar la utilidad de la estreptomycin en la tuberculosis pulmonar. A partir de entonces existen innumerables ejemplos de este método.<sup>8</sup>

Independientemente de las preferencias científicas o de las inclinaciones que se tengan en esta polémica, puede afirmarse que ambas visiones han jugado un papel importante en el desarrollo de los conocimientos médicos y que hasta ahora han sido de utilidad en la investigación clínica.

## DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

Las definiciones de medicina basada en evidencias son variadas y sería imposible analizarlas todas a fondo. Resulta provechoso, sin embargo, revisar las aportadas por dos de los principales fundadores de esta disciplina. Curiosamente, se trata de la primera y de la última definiciones oficiales, y entre ambas se encuentran diferencias sustanciales.

La primera definición es de Sackett, quien en 1992 afirmó que la medicina basada en evidencias es: “...el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones en la atención del paciente individual.”<sup>7</sup> La última definición, formulada por Guyatt en el año 2000, tiene un matiz diferente y expresa que: “es la integración de la mejor evidencia obtenida de la investigación, con la experiencia clínica y los valores personales del paciente”.<sup>8</sup> En este concepto está implícita una justa retractación respecto de la primera enunciación, que consiste en que, sin eliminar el valor de la bioestadística, se acepta añadir juiciosamente el papel de la experiencia clínica y las necesidades del paciente.

Más allá de este cambio de matiz en las definiciones, persiste una serie de interrogantes: ¿cuál es el significado real de la medicina basada en evidencias?, ¿cuál es su objetivo?, ¿cuál es, en definitiva, su peso específico en la clínica? Hoy parecería que este último es enorme, porque aparentemente ya no es posible presentar un tema clínico sin referirse al nivel y grado de recomendación de la evidencia encontrada, es decir, sin una medición exacta y favorable de la misma.

Resulta imprescindible señalar que en medicina, como en cualquier otra ciencia, siempre se le ha dado alguna importancia al grado de evidencia. Sobre este punto desearía compartir el deleite que me produjo el artículo del Dr. Alberto Rangel-Abundis,<sup>9</sup> académico mexicano, cuando se cuestiona: “¿Qué tiene de novedoso que la medicina esté basada en evidencias?” Interrogó, vía internet, a diversos científicos y recogió opiniones que deben hacernos meditar. Uno de ellos manifestó: “...Que se empezase a hablar de astrología basada en la evidencia me parecería interesante, pero que se hablase de astronomía basada en la evidencia me parecería un despropósito...” Un ingeniero electrónico se expresó así: “...desde Galvani y Volta, la ciencia de la electrónica se ha basado en evidencias”; por su parte, un cardiólogo respondió: “Ahora se descubre

el hilo negro con la proposición de que la medicina está basada en la evidencia...”

Podríamos preguntarnos, también, si el fenómeno de la medicina basada en evidencias es realmente un paradigma, una necesidad imperiosa, una corriente de opinión o simplemente una moda. La respuesta más razonable sería la de que se trata de una herramienta más de la investigación clínica, cuya importancia fundamental se objetiviza en la creación de normas de trabajo y en el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero que está lejos de poseer un valor específico en la toma de decisiones de la práctica clínica cotidiana. Por ello, parecería más conveniente enunciarla como medicina basada en estadística.

## METODOLOGÍA

No es propósito de este trabajo profundizar en la logística de la medicina basada en evidencias. Sólo se señalará sucintamente que su base son los llamados metanálisis, revisiones sistematizadas de grupos de estudios clínicos que abordan un mismo tema y que reúnen requisitos mínimos, como los de ser estudios doble ciego, al azar, etc. Partiendo explícitamente de la revisión de dichos estudios, los metanálisis buscan respuesta a ciertas preguntas concretas, y para ello analizan la evidencia estadística existente. Así, a cualquier procedimiento, ya sea preventivo, diagnóstico, pronóstico o terapéutico, se le otorga un

nivel de evidencia científica del que depende su grado de confiabilidad (cuadro 1). El nivel de evidencia da lugar a tres grados de recomendación (cuadro 2).

Si los metanálisis representan una acumulación de resultados de diferentes investigaciones clínicas, resulta que su información es claramente numérica. No se conocerá el enfoque de cada uno de los trabajos ni cuál fue la idea original que sirvió de fundamento a la investigación, tampoco los pormenores de su hipótesis. Es decir, se carecerá de información global del sentido mismo de la investigación.

Además, para obtener buenos resultados con la medicina basada en evidencias, se recomienda seguir cinco pasos básicos (cuadro 3). La necesidad de esta secuencia es absolutamente artificial, y en el mejor de los casos representa una copia de lo que es la actividad clínica habitual, porque no es nuevo que el médico tenga interrogantes y busque respuestas revisando la evidencia o experiencia previa antes de tomar una decisión. Lo más asombroso es el enunciado del último paso, que se refiere a *valorar cómo se realizó el proceso anterior* en lugar de evaluar el resultado de la aplicación del proceso al caso particular que nos ocupa.

Parecería, pues, que el único elemento novedoso en esta secuencia fuera el uso de la Internet. La medicina basada en evidencias es, en efecto, un método que surge como consecuencia de la incorporación de la informática

**Cuadro 1.** Niveles de evidencia, según la *Agency for Health Care Policy Research*

<b>Ia</b>	La evidencia proviene de metanálisis de ensayos controlados, “aleatorizados”, bien diseñados
<b>Ib</b>	La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado “aleatorizado”
<b>Ila</b>	La evidencia proviene, al menos, de un estudio controlado bien diseñado sin “aleatorizar”
<b>Ilb</b>	La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes
<b>III</b>	La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como los estudios comparativos
<b>IV</b>	La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

**Cuadro 2.** Grados de recomendación según la *Agency for Health Care Policy Research*

<b>Grado A</b>	Requiere, al menos, un ensayo controlado “aleatorizado” de alta calidad y consistencia (niveles de evidencia Ia y Ib)
<b>Grado B</b>	Requiere estudios clínicos bien realizados, pero no de ensayos clínicos “aleatorizados” (niveles de evidencia Ila, Ilb y III)
<b>Grado C</b>	Requiere disponer de evidencia obtenida de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio y se asume la ausencia de estudios clínicos de alta calidad (nivel de evidencia IV)

Cuadro 3. Los cinco pasos básicos en la metodología de la medicina basada en evidencias

<b>Paso 1</b>	Formular una pregunta clínica, clara y relevante
<b>Paso 2</b>	Buscar las publicaciones que permitan encontrar la mejor evidencia
<b>Paso 3</b>	Evaluar críticamente la evidencia para determinar su valor, importancia y utilidad
<b>Paso 4</b>	Utilizar los hallazgos en la práctica clínica
<b>Paso 5</b>	Evaluar cómo se realizó el proceso descrito en los pasos anteriores

a la medicina, pero que en vez de adaptarla a la actividad clínica pretende hacerlo al revés. Paralelamente, queda una sensación de inutilidad sobre la necesidad de la consulta médica, supuesto que muchos pacientes podrían resolver su caso sólo con tener acceso a la red, disponer de tiempo y seguir los cinco pasos descritos.

## VENTAJAS E INCONVENIENTES

Todos concuerdan en que la investigación básica y clínica, así como su divulgación, son imprescindibles para el desarrollo de las ciencias de la salud, y que es evidente la imposibilidad de estar al día en los conocimientos por medio de la lectura de los miles de revistas especializadas impresas. Desde esta óptica, se aceptan y resaltan como ventajas de la medicina basada en evidencias los siguientes:

- Ofrece información reciente, sistematizada y renovable, con acceso internacional.
- Supera, en algunos aspectos, al libro de texto, cuya información, además de no ser renovable, difiere varios años del momento en que se generó la investigación.
- Induce y estimula el análisis crítico de los trabajos de investigación que pueden encontrarse en la literatura médica.
- Juega un papel importante en la docencia y, mediante mecanismos de retroalimentación, puede elevar la calidad de la misma investigación clínica.
- Resulta una herramienta útil en el diseño de políticas de salud, así como en la creación de guías de trabajo institucionales o departamentales.

Sin embargo, la medicina basada en evidencias no es la panacea universal y, sin duda, tiene también una serie de inconvenientes que debemos tomar en cuenta. Entre otros, podríamos señalar los siguientes:

- La imposibilidad de que existan revisiones sistemáticas para cada tema en particular del que se requiera información.
- La incapacidad de individualizar, es decir, de discernir el contexto real de cada caso en particular.
- El requerimiento de muchas habilidades, especialmente en el campo de la informática, que los médicos no siempre poseen. Lo intrincado del manejo de la información en la red implica dedicar más tiempo que en una lectura bien dirigida.
- La dificultad de completar los cinco pasos descritos, lo que puede provocar que se abandone el propósito.
- La falta de comunicación humana. Cuando se valora el resultado de un metanálisis falta el conocimiento de la personalidad y del prestigio del o de los autores.

## Riesgos

Más importante que estos inconvenientes es, tal vez, el hecho de que la utilización de este método implica riesgos que pueden manifestarse en los ámbitos cultural, académico y socioeconómico.

### *Riesgos culturales*

Una evidencia médica, con una impecable demostración estadística puede, sin embargo, resultar inapropiada para comunidades humanas con distintas características étnicas, culturales o socioeconómicas. Por ello, existe el riesgo de que la medicina basada en evidencias lleve en breve tiempo –si no lo está haciendo ya– a frenar el desarrollo del conocimiento médico autóctono en diversas regiones del mundo.

Se puede comprobar que la recopilación de estudios para los metanálisis no es proporcional entre los trabajos en inglés y los publicados en otra lengua. Se exhorta a los médicos a saber inglés, con el propósito de que lean la publicación “en su lengua original”,<sup>10</sup> lo que en cierta medida sugiere que estos estudios son de mayor calidad. Tal actitud está conduciendo al absurdo de que un investigador de habla hispana, por ejemplo, deba traducir sus trabajos al inglés y que después el lector hispanohablante deba saber leerlo en inglés, para no perder la esencia del contenido.

Además, la medicina basada en evidencias aporta una serie de nuevos términos, y no resulta ocioso señalar lo poco afortunado de algunos de ellos. En el caso del término evidencia, se trata claramente del traslado



literal de un anglicismo más a nuestro lenguaje, pero en esta ocasión muy desorientador, pues hay importantes diferencias entre el significado de *evidence* (inglés) y evidencia (español).

*Evidence* significa prueba, datos aportados, declaración, etc. (to be in evidence: estar a la vista; to show evidence of: presentar señales de; to give evidence: declarar como testigo). En español, evidencia es tener o mostrar la certeza, certidumbre, convencimiento, convicción o seguridad de la verdad de cierta cosa.<sup>11</sup>

De igual modo, el término aleatorizado, usado en la medicina basada en evidencias para identificar cierto tipo de estudios, es otro anglicismo aberrante. Dado que en castellano no existe el verbo aleatorizar, debería ser sustituido por el adjetivo aleatorio o al azar.

#### *Riesgos académicos*

Siempre existirán estudios clínicos de mayor confiabilidad que otros, pero esto, desde un punto de vista teórico, no sustenta la validez de la medicina basada en evidencias, la cual parte de la base de una hipótesis que podría enunciarse así: “La manera en que está diseñado un estudio es lo que determina su validez” y paradójicamente esta hipótesis, a su vez, no ha sido validada. De acuerdo con los principios de la medicina basada en evidencias, se requeriría del diseño de algunos metanálisis que demostraran la validez de los metanálisis; es decir, que sería necesario investigar sobre la investigación que se está realizando en torno a la investigación.

En contra de lo que afirman sus promotores, con la medicina basada en evidencias no desaparece completamente el riesgo de sesgo en los resultados. El grado de sesgo de un metanálisis depende de los criterios de inclusión de los estudios clínicos. Si son muy amplios, se perderá uniformidad en los datos recopilados; si son muy estrechos, no retratarán nunca la realidad clínica, como ocurre con muchos estudios cuyas casuísticas excluyen a pacientes infantiles, ancianos o con enfermedades concomitantes. El riesgo de sesgo más bien se relaciona con las distintas preferencias de los investigadores, con la resistencia a publicar resultados negativos o con los intereses económicos de la industria farmacéutica y tecnológica, por mencionar sólo algunos factores.

Los metanálisis siempre serán, por definición, estudios retrospectivos, con lo que se pierde de vista la utilidad de los estudios prospectivos.

La medicina basada en evidencias también parece confundir los conceptos de información y de sabiduría. Mientras la información es la acción de informar o dar noticia sobre una cosa, sabiduría se define como el buen juicio o prudencia con el que se ejerce una acción o un consejo.<sup>11</sup> Esta confusión se pone de manifiesto en la opinión de algunos defensores de la medicina basada en evidencias, cuando dicen que: “...mientras más herramientas de conocimiento se tengan a disposición para ayudar al paciente a tomar la mejor decisión, se utilizarán de manera más eficiente”.<sup>12</sup> Los mismos autores añaden que esta metodología convertirá a los usuarios en “consumidores educados de las publicaciones médicas, fomentando así su independencia intelectual”.<sup>13</sup> Se asume así que la calidad de la atención médica se basa en la cantidad de herramientas disponibles y no en la forma en que se apliquen éstas. La calidad de un médico y su independencia intelectual deberían medirse por su sabiduría, es decir, por su capacidad de decisión y no por su capacidad de almacenar información.

Es obvio que los defensores de la medicina basada en evidencias no han comprendido que la medicina clínica se basa en tres pilares fundamentales: experiencia, individualización e incertidumbre y que esta última es una constante implícita e inamovible en el quehacer médico.<sup>4</sup> Ciertamente, esta metodología desprecia la experiencia, no tiene la capacidad para individualizar un caso en concreto y es enemiga de la incertidumbre. Su aplicación en la clínica tiende a la automatización de la actividad médica y, como consecuencia, interfiere en la relación médico-paciente. Fernández Sacasa considera que es un “intento de clonación del juicio médico”.<sup>14</sup>

#### *Riesgos económicos*

En esta era de globalización universal, no es de extrañar que la medicina basada en evidencias represente un intento de globalizar, nada menos, que la producción, la promoción y la distribución del conocimiento médico. Pero ese intento de globalización no está exento de una posible (y aún probable) manipulación, tanto en lo que se refiere a la demanda como a la disponibilidad de ese conocimiento.

Es fácil imaginar que de existir dicha manipulación –y con seguridad ya existe– la medicina basada en evidencias contribuiría, irremediablemente, a que predominen los conceptos de la investigación de los países o bloques económicos que poseen la tecnología más desarrollada y la mayor capacidad de promoción de la misma.

En la actualidad, estos países ya están imponiendo a las naciones en desarrollo o subdesarrolladas sus estilos y conductas médicas y, en breve, no les dejarán más alternativa que importar, como producto final, su tecnología y el asesoramiento necesario para utilizarla, pagando por ello un alto precio económico y social.

A mayor globalización científica resultaremos más vulnerables y dependientes de los intereses extranjeros y más sometidos a los grandes consorcios farmacéuticos y a los fabricantes de equipos médicos de alta tecnología.

Por esta razón, puede también considerarse que la medicina basada en evidencias, con su capacidad de promover la “comercialización” del conocimiento médico, es parte del proceso de globalización económica general.

## CONCLUSIONES

La medicina basada en evidencias no es, *per se*, un método bueno o malo. Esto dependerá de la aplicación que se le dé y de que sus objetivos estén bien delimitados.

Se trata de una metodología que surge de una legítima inquietud académica y que, sin duda, ofrece algunas ventajas, pero que también presenta inconvenientes prácticos y que es portadora potencial de una serie de riesgos profesionales en el campo de lo cultural, lo académico y lo económico.

Sobre la complejidad filosófica de esta corriente, no parece existir una mejor conclusión que las reflexiones de Murillo y colaboradores sobre el tema, publicadas en 1999: “La medicina basada en evidencias no sólo es un concepto médico-científico o político-económico, sino también sociológico y filosófico. La medicina basada en evidencias termina siendo un ámbito en el que se integran conflictivamente el médico (con su experiencia clínica, su ideología y sus intereses), el paciente (con una carga similar, además de sus deseos, necesidades y derechos) y unos datos externos objetivos que proceden no sólo de la ciencia médica, sino también del campo de la economía, la sociología, la política, la filosofía, etc.”<sup>15</sup>

Por todo lo expuesto, parece aconsejable concluir planteando la necesidad de meditar racional y profundamente sobre el significado de la medicina basada en evidencias y establecer el verdadero papel que puede jugar en nuestra práctica clínica, antes de proclamarla alegremente como el paradigma de la medicina moderna.

## REFERENCIAS

1. Berguer A, Berguer R. Medicina basada en evidencia (MBE). *Contras*. *Rev Esp Ciruj Oral Maxilofac* 2003;5:273-9.
2. Letelier L, Moore P. La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Rev Med Chile* 2003;8:939-46.
3. Letelier L, Manríquez J, Rada G. Revisiones sistemáticas y metanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Rev Med Chile* 2005;133:246-9.
4. Moreno MA. La medicina basada en evidencia y la práctica médica individual. *Rev Cubana Med* 2005;44:3-4.
5. Bonfill X. Colaboración Cochrane. En: Lifshitz A, Sánchez M, comp. *Medicina basada en evidencias*. 2ª ed. México: McGraw Hill, 2002:129-39.
6. The Cochrane collaboration. <http://www.cochrane.org>
7. Sánchez M, Lifshitz A, Juárez N. Introducción y conceptos generales. En: Lifshitz A, Sánchez M, comp. *Medicina basada en evidencias*. 2ª ed. México: McGraw Hill, 2002:4.
8. Guyatt G, Rennie D, ed. *User's guides to the medical literature. A manual for evidence-based clinical practice*. Chicago: AMA Press, 2002.
9. Rangel-Abundis A. ¿Medicina basada en evidencia? *Cir Ciruj* 2005;73:319-21.
10. Sánchez M, Almanza J, Alegría M. Consejos para aplicar la medicina basada en evidencias en la práctica clínica diaria. En: Lifshitz A, Sánchez M, comp. *Medicina basada en evidencias*. 2ª ed. México: McGraw Hill, 2002:145.
11. Moliner M. *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos, 1992:130,1076.
12. Vidal M, Fernández J. Medicina basada en evidencia. Reflexiones sobre el tema. *Rev Cubana Ed Med Super* 2005;19:1-11.
13. Sánchez M, Lifshitz A, Juárez N. Introducción y conceptos generales. En: Lifshitz A, Sánchez M, comp. *Medicina basada en evidencias*. 2ª ed. México: McGraw Hill, 2002:14.
14. Murillo C, Alberio T, Duque A, Reche M. El trabajoso camino hasta la evidencia. *Med Clin (Barc)* 1999;112:660-8.
15. Sánchez M, Lifshitz A, Juárez N. Introducción y conceptos generales. En: Lifshitz A, Sánchez M, comp. *Medicina basada en evidencias*. 2ª ed. México: McGraw Hill, 2002:7.