

# MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS: BENEFICIOS, INCONVENIENTES Y RIESGOS DE UN NUEVO DOGMA

DR. JUAN RAMIRO RUIZ DURÁ

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Ex-Jefe de la División de Divulgación Científica del Instituto Nacional de Perinatología de México.

Ex - coordinador del Servicio de Ginecología del Hospital Médica Sur. México D.F.

Miembro del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Profesor Examinador del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

---

## **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 meta-análisis 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 is 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.

**KEYWORDS:** evidence-based medicine – medical epistemology – social medicine.

---

## **ANTECEDENTES**

El gran avance de la epidemiología y de la bioestadística, desde mediados del siglo pasado, resultan determinantes para un acelerado desarrollo de la investigación clínica. Pero, no por ello se da por terminada la ya tradicional polémica entre las opiniones que defienden y las que cuestionan el papel de estas disciplinas en la práctica clínica.

Dentro del marco de esta controversia es donde, en la década de los noventa, hace eclosión en la medicina un nuevo paradigma. Se trata de una metodología, llamada Medicina Basada en Evidencias (MBE). Ella fue concebida y es destinada para sancionar de manera irrefutable la validez de las investigaciones, de los conocimientos y de las conductas clínicas actua-

les. Esta nueva metodología -lamentablemente presentada como un dogma- se propaga rápidamente, deslumbrando a los investigadores, a los profesores y aun a los mismos clínicos, muchos de los cuales la conciben estándar de oro, sin el cual no es posible actuar con el debido rigor científico.

Los primeros esbozos de esta metodología aparecen en 1972 con la publicación del libro "*Effectiveness and efficiency*" de Archibald Cochrane, fundador de la epidemiología moderna. El mismo se complementa, 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 de los 70, el propio Sackett, junto con Haynes y Tugwell, habían trabajado intensamente para incorporar la información epidemiológica a la toma de decisiones médicas. Además fundaron, en la Universidad de Oxford, el grupo de trabajo que constituirá el embrión de lo que después conoceríamos como el Centro del Proyecto de Colaboración Cochrane.<sup>2</sup>

En la década de los 80 aparecen, en el *Canadian Medical Association Journal*, los primeros ensayos señalando la necesidad de revisar críticamente los estudios de las revistas médicas.<sup>3</sup> Poco después, Gordon Guyatt, del Dto. de Epidemiología Clínica de la Universidad McMaster de Ontario, Canadá, acuña el término de Medicina Basa en Evidencias y la incluye como una estrategia del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo, la instauración definitiva de esta metodología tiene lugar en 1992, con la publicación en el JAMA del trabajo del propio Guyatt, "La MBE: 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 extiende ampliamente a EE.UU, Inglaterra, Europa y América Latina.

Actualmente existen incontables revistas impresas especializadas sobre el tema. Entre ellas se 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. El número de artículos sobre este tópico, en MedLine, pasa de uno en 1992, a más de mil en el día actualmente.<sup>4</sup>

Al mismo tiempo, el Centro de Proyecto de Colaboración Cochrane se multiplica y hoy cuenta con múltiples ramificaciones o filiales. Algunos de ellos

son: 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, entre otros. Todos conforman una gran red 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 suscripción 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 la empresa *Bireme* y *Wiley Sons* de EE.UU y la *Update Software* del Reino Unido. Estas empresas permiten el acceso individual gratuito a la Biblioteca, ya que los costos de dichas consultas serían compartidos por 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 inclusive.<sup>6</sup>

Lamentablemente, al momento de escribir este artículo, nuestro país no ha cubierto su cuota correspondiente al 2007, por lo que es necesaria la suscripción individual, cuyo costo aproximado es de US\$ 400 si es personal y de US\$ 820, en caso de ser institucional.<sup>6</sup>

Aspectos epistemológicos: Si la investigación clínica debe valorarse exclusivamente desde un punto de vista epidemiológico -y por lo tanto cuantitativo- o si además debe tomarse en cuenta el aspecto cualitativo de la observación del paciente y la enfermedad es una discusión que no es nueva y que tampoco podemos dar por concluida.

Su inicio se remonta al siglo XIX cuando, en 1830, un grupo de médicos franceses, con Pierre Alexander Louis a la cabeza, aplican el método deductivo-racional -que ellos llamaron "*Medicine d' Observation*"- para valorar los resultados clínicos. Su objetivo era combatir al método tradicional "inductivo-observacional". Éste era considerado por ellos como empírico y que imperaba en la investigación médica. Sin embargo este último no dejaba de contar con muchos adeptos, entre los que se contaba Claude Bernard. Bernard resaltaba el valor que este método 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>1</sup>

El método inductivo-empírico parte de la observación del caso particular para llegar a lo general. El mismo no requiere de una hipótesis previa sino que más bien conduce a ella. El descubrimiento de los Rx, por Roentgen en 1895, las observaciones de Lane en 1914, -estableciendo la hipótesis de la consolidación de las fracturas- o el hallazgo de la penicilina por parte de Fleming, sin partir de ninguna hipótesis, son frutos del método inductivo-observacional.

El método deductivo-racional, en cambio, parte de una hipótesis general que requiere ser demostrada antes de aplicarse a lo particular. Se considera la base de la investigación moderna desde que el gran epidemiólogo y estadístico británico, Sir Austen Bradford Hill, en Inglaterra, publica en el *British Medical Journal* de 1948, los primeros Estudios Clínicos Aleatorios (ECAs) para demostrar la utilidad de la estreptomina en la tuberculosis pulmonar. Desde entonces, son innumerables los ejemplos de este método.<sup>1</sup>

Más allá de nuestras preferencias científicas o de nuestras inclinaciones en esta polémica, podemos dar por sentado que ambas metodologías han jugado un papel importante en el avance y desarrollo de los conocimientos médicos y que de ambas herramientas se ha nutrido la investigación clínica hasta la fecha.

Definiciones e interpretaciones: Son varias las definiciones que pueden encontrarse para la MBE y es imposible analizarlas todas a fondo. Resulta provechoso, sin embargo, analizar aquellas aportadas por dos de los principales fundadores de esta disciplina. Curiosamente se trata de la primera y de la última definición oficial. Entre ambas se encuentra diferencias substanciales.

La primera definición de la MBE es de Sackett, quien en 1992 dice que 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, presentada por Guyatt, en el año 2000, en la editorial de la revista *ACP Journal Club*, tiene un matiz diferente y expresa que: “La MBE 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 ésta definición está im-

plicita una justa retractación respecto de la primera y que consiste en que, sin eliminar el valor de la bioestadística, se acepta añadir -juiciosamente- el de la experiencia clínica y el de las necesidades del paciente.

Más allá de este cambio de matiz en las definiciones persisten una serie de interrogantes: ¿Cuál es el significado real de la MBE? ¿Cuál es su objetivo? ¿Cuál es, en definitiva, su peso específico en la clínica? Hoy parecería que éste es enorme, porque aparentemente ya no es posible discutir un tema clínico sin referirse al nivel y grado de recomendación de la evidencia presentada, es decir, sin una medición exacta y favorable de la misma. Resulta imprescindible señalar que en medicina, como en cualquier otra ciencia, siempre ha existido algún 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?”. Él Interroga, vía internet, a diversos científicos y recoge opiniones que deben hacernos meditar. Uno de ellos manifiesta: “...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 expresa así: “...desde Galvani y Volta, la ciencia de la electrónica se ha basado en evidencias”. Además un cardiólogo responde: “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 MBE es realmente un paradigma, una necesidad imperiosa, una corriente de opinión o simplemente una moda. La respuesta más ecuaníme sería la de que se trata de una herramienta más de la investigación clínica, cuyo valor fundamental se encuentra en la creación de normas de trabajo y en el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero que esta 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 el propósito de este trabajo profundizar en la logística de la MBE, pero señalaremos sucintamente que su base está representada por los llamados Meta-análisis. Los meta-análisis son revisiones sistematizadas de grupos de estudios clínicos que abordan un mismo tema y que reúnen requisitos mínimos aceptables, como los de ser estudios “doble

ciego”, estudios aleatorios, etc. Partiendo explícitamente de la revisión de dichos estudios, los meta-análisis buscan las respuestas a ciertas preguntas concretas, analizando la evidencia estadística existente. Así cualquier procedimiento -ya sea preventivo, diagnóstico, pronóstico o terapéutico- se califica por su nivel de evidencia científica.

Aún entre los mismos meta-análisis existen diferentes niveles de evidencia, es decir, de confiabilidad en un sistema jerarquizado de acuerdo al tipo de estudio o a la significación estadística de los resultados obtenidos (tabla 1). El nivel de evidencia, a su vez, da lugar a tres grados de recomendación (tabla 2).

**TABLA 1**

Ia	La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, “aleatorizados”, bien diseñados.
Ib	La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado “aleatorizado”.
IIa	La evidencia proviene, al menos, de un estudio controlado bien diseñado sin “aleatorizar”.
IIb	La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes.
III	La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como los estudios comparativos.
IV	La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

Jerarquización de los Niveles de Evidencia, según la Agency for Health Care Policy Research

**TABLA 2**

Grado A	Requiere, al menos, un ensayo controlado “aleatorizado” de alta calidad y consistencia (Niveles de evidencia Ia y Ib).
Grado B	Requiere de estudios clínicos bien realizados, pero no de ensayos clínicos “aleatorizados” (Niveles de evidencia IIa, IIb y III).
Grado C	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).

Grados de Recomendación de acuerdo a los Niveles de Evidencia, según la Agency for Health Care Policy Research

Pero si los meta-análisis representan una acumulación de resultados de diferentes estudios de investigación clínica, resulta que su información es claramente numérica. Desconocemos el enfoque de cada uno de los trabajos e ignoramos cuál era la idea original que sirve de fundamento a la investigación, así como los pormenores de su hipótesis. Es decir, carecemos de información global sobre el sentido de la investigación.

Por otro lado, para obtener buenos resultados con la MBE, se recomienda al usuario realizar cinco pasos básicos (Tabla 3). La necesidad de esta secuencia de pasos resulta absolutamente artificial y, en el mejor de los casos, representa una copia de lo que es la actividad clínica. Porque no es nuevo que el médico se plantee preguntas y revise, mental o físicamente, la evidencia o experiencia previa antes de tomar decisiones.

**TABLA 3**

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

Los cinco pasos básicos en la metodología de la MBE

Parecería pues que el único elemento novedoso en esta secuencia fuera el uso de internet. La MBE es, en efecto, un método que surge como consecuencia de la incorporación de la informática a la medicina pero, en lugar de adaptar la informática a la actividad clínica, pretende hacerlo al revés. Paralelamente queda una sensación de inutilidad sobre la consulta al médico, supuesto que muchos pacientes podrían resolver su caso con tan solo tener acceso a la red, tener tiempo y realizar los cinco pasos descriptos.

**Beneficios e inconvenientes:**

Todos estamos de acuerdo en que la investigación, tanto básica como clínica y su divulgación, son imprescindibles para el desarrollo de una buena práctica médica. También es evidente la imposibilidad de estar al día en los conocimientos, por medio de la lectura de miles de revistas especializadas impresas.

Por ello, debemos resaltar y aceptar como beneficios de la MBE, los siguientes:

- a) Nos ofrece información reciente, sistematizada y renovable, con acceso internacional.
- b) 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.
- c) Genera y estimula el análisis crítico sobre los trabajos de investigación que podemos encontrar en la literatura médica.
- d) Juega un papel importante en la docencia y, por un mecanismo de retroalimentación, puede elevar la calidad de la misma investigación clínica.
- e) Resulta una herramienta de utilidad en el diseño de políticas de salud, así como en la creación de guías de trabajo institucionales o departamentales.

Sin embargo, es notorio que, la MBE no es la Panacea Universal y que sin duda posee también una serie de inconvenientes que debemos tomar en cuenta. Entre otros, podríamos señalar los siguientes:

- a) La imposibilidad de que existan revisiones sistemáticas para cada tema en particular, sobre el que podamos preguntarnos.
- b) La incapacidad de individualizar, es decir, de discernir el contexto real de cada caso en particular.
- c) El requerimiento de muchas habilidades, especialmente en el campo de la informática, que los médicos no siempre poseemos. Lo intrincado del manejo de la información en la red, podría hacernos emplear más tiempo que en una lectura bien dirigida en la literatura escrita.
- d) La dificultad de completar los cinco pasos descritos más arriba puede hacernos renunciar a nuestro propósito.
- e) La falta de comunicación humana. Cuando valoramos el resultado de un Meta-análisis nos falta el conocimiento de la personalidad y del prestigio del o de los autores.

### **Riesgos:**

Posiblemente más importante que los inconvenientes, resulte el hecho de que con el uso de esta metodología existen riesgos que pueden ser de tipo cultural, de tipo académico y aun de tipo económico.

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

Se puede constatar que la recopilación de estudios para los meta-análisis no es proporcional entre aquellos trabajos presentados en inglés y los publicados en otra lengua. Algunas opiniones exhortan al médico a saber leer en inglés, con el objeto de entender la publicación “en su lengua original”.<sup>10</sup> Lo anterior nos indica que se parte de la base de que los estudios de mayor calidad, serán necesariamente los de habla inglesa. Tal actitud nos conduce 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 hacerlo en inglés, para no perder la esencia del contenido.

Por otro lado, la MBE aporta una serie de nuevos términos y no resulta ocioso señalar lo poco afortunado de alguno 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” en inglés y “evidencia” en español.

En inglés, “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 cabe señalar que el término “aleatorizado”, usado por la MBE para identificar cierto tipo de estudios, es otro anglicismo aberrante. Dado que en nuestro idioma no existe el verbo ‘aleatorizar’, debería ser substituido, en castellano, por el adjetivo “aleatorio” o “al azar”.

**Riesgos académicos:** Estamos de acuerdo en que siempre existirán estudios clínicos de mayor confiabilidad que otros. Pero esto, desde un punto de vista teórico, no demuestra la validez de la MBE. Ésta, 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 MBE, se requeriría del diseño de algunos Meta-análisis que demostraran la validez de los Meta-análisis. Es decir que sería necesario investigar sobre la investigación que se está realizando sobre la investigación.

En contra de lo que afirman sus promotores, con la MBE no desaparece completamente el riesgo de sesgo en los resultados. El grado de sesgo va a depender de los criterios de inclusión utilizados al seleccionar los estudios clínicos aleatorios. Si aquellos son muy amplios, se perderá uniformidad en los datos recopilados. Si son muy estrechos, no retratarán nunca la realidad clínica, como no la retratan muchos estudios clínicos, cuyas casuísticas excluyen a pacientes infantiles, ancianos o con patologías concomitantes. Además, el riesgo de sesgo, como siempre ha ocurrido, está relacionado 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 solo algunos.

Cabe también señalar que los meta-análisis siempre serán, por definición, estudios retrospectivos y se pierden de vista la utilidad de los estudios prospectivos.

Por otro lado, la MBE confunde, lamentablemente, el concepto de información con el de sabiduría. Información es la acción de informar o dar noticia sobre una cosa, mientras que sabiduría se define como el buen juicio o prudencia con el que se ejerce una acción o un consejo.<sup>11</sup> Este riesgo académico se hace manifiesto en la opinión de algunos defensores de la MBE, cuando dicen que esta metodología convertirá a los usuarios en “consumidores educados de las publicaciones médicas, fomentando así su independencia intelectual”.<sup>12</sup> Los mismos autores añaden: “...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>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 éstas se apliquen. La calidad de un médico, así como su independencia intelectual deberían medirse por su capacidad de decisión y no por su capacidad de almacenar información.

Es obvio que la MBE no ha comprendido que la medicina clínica se basa en tres pilares fundamentales: experiencia, individualización e incertidumbre y que ésta última es una constante implícita en el queha-

cer médico y que siempre existirá.<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 la MBE 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 MBE 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 aun probable, manipulación, tanto en lo que se refiere a la oferta, como a la disponibilidad de ese conocimiento. Es fácil imaginar que de existir dicha manipulación -y con seguridad ya existe- la MBE contribuiría, irremediablemente, a que predominen los conceptos de investigación de los países o bloques económicos que poseen la tecnología más desarrollada y la mayor capacidad de promoción de la misma. Actualmente, estos países ya están imponiendo a los países en desarrollo o subdesarrollados, sus estilos y conductas médicas. En breve no nos 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 farmacológicos y fabricantes de equipos médicos de alta tecnología. Por ello, podemos también considerar que la MBE, con su capacidad de promover la “comercialización” del conocimiento médico, es parte del proceso de globalización económica general.

## **CONCLUSIONES**

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

La MBE no es, “per se”, un método bueno o malo. Esto dependerá de la aplicación que nos propongamos darle y de que sus objetivos queden bien delimitados.

Se trata de una metodología que surge de una legíti-

ma inquietud académica y que, sin duda, nos ofrece algunos beneficios. Pero también presenta algunos inconvenientes prácticos y 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 cols. sobre el tema, publicadas en 1999: *“La MBE no solo es un concepto médico-científico o político-económico, sino también sociológico y filosófico. La MBE 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 solo de la ciencia médica, sino también del campo de la economía, la sociología, la política, la filosofía, etc.”*<sup>15</sup>

A partir de 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.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Berguer A, Berguer R. Medicina basada en evidencia (MBE). Contr. Rev Esp Cirug 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, Manriquez J, Rada G. Revisiones sistemáticas y meta-análisis: ¿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 compiladores. Medicina basada en evidencias. México: Mc Graw Hill ( 2da ed.) 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 compiladores. Medicina basada en evidencias. México: Mc Graw Hill ( 2da ed.) 2002: 4
- 8- Guyatt G. User's guides to the medical literature. A manual for evidence-based clinical practice. Canadá: Ed G Guyatt 2002: XIV
- 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 compiladores. Medicina basada en evidencias. México: Mc Graw Hill ( 2da ed.) 2002: 145
- 11- Moliner M. Diccionario de uso del español. España. Ed. Gredos (reimpresión). 1992: 130 y 1076
- 12- Sánchez M, Lifshitz A, Juárez N. Introducción y conceptos generales. En: Lifshitz A, Sánchez M compiladores. Medicina basada en evidencias. México: Mc Graw Hill ( 2da ed.) 2002: 14
- 13- Sánchez M, Lifshitz A, Juárez N. Introducción y conceptos generales. En: Lifshitz A, Sánchez M compiladores. Medicina basada en evidencias. México: Mc Graw Hill ( 2da ed.) 2002: 7
- 14- Vidal M, Fernández J. Medicina basada en evidencia. Reflexiones sobre el tema. Rev Cubana Ed Med Super 2005; 19: 1-11
- 15- Murillo C, Albero T, Duque A, Reche M. El trabajoso camino hasta la evidencia. Med Clin (Barc) 1999; 112: 660-8