

Angiología

www.elsevier.es/angiologia



EDITORIAL

El lado oscuro de la evidencia

The dark side of the evidence

La medicina basada en la evidencia (MBE) se ha erigido en guardián paradigmático y universal de la verdad. Sin embargo, no estamos en condiciones de afirmar que hoy se practique una medicina éticamente sin fisuras, diagnóstica y terapéuticamente eficaz, socialmente justa, científicamente correcta y económicamente viable¹.

Al contrario, la MBE, como modelo hegemónico biomédico actual, parece estar decididamente sesgada a favor del superintervencionismo farmacológico y tecnológico, que olvida muchas veces la complejidad de la vida, con sus elementos imprecisos e intangibles y con sus múltiples variables difíciles de verificar empíricamente y que escapan al control experimental, de tal forma que la subjetividad del enfermo se diluye en la pretendida objetividad de signos y cuadros clínicos.

¿Qué evidencias se investigan, cómo se publican y cómo se difunden? ¿Sólo disponemos de "evidencia" cuando alguien tiene interés en que algo sea "evidente"? ¿Por qué en las revistas médicas abunda la información irrelevante, redundante e incluso falsa? ¿Se puede hablar de un fundamentalismo metodológico del que no hay escapatoria?

Ya en 1980, Felman, editor del *New England Journal of Medicine*², ponía de manifiesto los conflictos de intereses y la influencia decisiva que el emporio económico, representado por el complejo médico-industrial (CMI), tiene en aspectos trascendentales, como la formación y la investigación, y las subsecuentes decisiones sobre el tratamiento de los pacientes, lo que mercantiliza las evidencias científicas, salpicándolas con un elevado componente de fraude, con el consiguiente deterioro de la confianza, la credibilidad e integridad de nuestra profesión.

Sackett y Oxman llegaron a escribir en tono irónico: "Cansados de ser buenos, pero pobres, unimos las dos más viejas profesiones del mundo en una nueva compañía, HARLOT, especializada en conseguir resultados positivos sin mentir para superar la verdad o la "construcción de evidencias" (How to Achieve positive Results without actually Lying to Overcome the Truth). Harlot en inglés significa prostituta⁴.

La industria fármaco-tecnológica dedica a actividades promocionales un tercio de sus ingresos y controla la mayoría de los ensayos clínicos (EC), convertidos en una herramienta ten-

tadora para la manipulación de datos⁵. Las relaciones entre los autores de las revisiones sistemáticas y los que tienen intereses en sus resultados son habituales, pero los estudios con resultados negativos nunca se publicarán o lo harán más tarde.

El 85% de los EC se realizan en Europa, Canadá y Estados Unidos (allí se concentra más del 50%). Pero sólo un 10% de los recursos dedicados a investigación se orientan a los problemas de salud del 90% de la población mundial. Los fármacos que cada año se consideran como progreso terapéutico se cuentan con los dedos de una mano y, en cambio, el gasto aumenta de forma desproporcionada. Menos del 2,5% de todas las especialidades o indicaciones farmacéuticas registradas en los últimos 30 años merecieron una calificación positiva⁶.

Gobiernos, administraciones, organizaciones profesionales, publicaciones y facultativos han asumido que los intereses de la industria farmacotecnológica, los de los servicios sanitarios y los de los pacientes son lo mismo, en una mezcla cara y explosiva de negocio y medicina: las actividades del CMI permeabilizan todo el tejido sanitario⁷. La industria, que cumple un papel necesario y legítimo, necesita transferir sus descubrimientos al mercado y los centros de investigación necesitan dinero: ¿están la medicina académica y la investigación bajo contrato o en venta⁸? ¿Estamos caminando por una senda excesivamente comercial?

El CMI actúa sobre las guías de práctica clínica, introduce dispositivos sin validación y subvenciona "su" educación médica, contrata a empresas de comunicación para publicar artículos "positivos" en todo tipo de medios, recluta a "líderes clínicos" que transmiten mensajes favorables, a escritores para producir originales y a científicos que, sin tener implicación en la investigación o en el proceso de redacción, se prestan a las falsas autoridades⁹.

La salud se ha consolidado como producto de consumo. La sociedad es víctima de la "medicalización", fenómeno en el que, junto a la industria y los medios de comunicación, todos estamos implicados: los límites de las enfermedades tratables se amplían y manipulan, hasta extenderlos a eventos y características de la vida cotidiana¹⁰. Los enfermos son "consumidores" que actúan en un mercado sanitario donde se priman los

tratamientos farmacológicos —en ocasiones con productos de dudosa utilidad o potencialmente nocivos— y donde se fomenta la polifarmacia en detrimento de la prevención de la enfermedad o de la promoción de estados de vida saludable¹¹.

Incluyendo una buena dosis de escepticismo, deberíamos evaluar nuestras actuaciones con mayor sentido crítico, y manejar equilibradamente la evidencia verdadera y rigurosamente actualizada, los valores profesionales y las características de cada sistema sanitario¹². Así, nuestros intereses se alinearían con los de los pacientes¹³, y nuestro juicio acerca de un interés primario (la salud o la validez de la investigación) no estaría tan influido por un interés secundario (el beneficio económico).

Aún queda mucho por hacer para alcanzar esa investigación refinada y coherente que mejore la comprensión de las evidencias y de las incertidumbres y para lograr una medicina más racional y científica, que resuelva problemas sin crear otros, a través de tomas de decisión juiciosas, dentro o fuera de la corriente científica prevalente.

Para responder proporcionalmente a las necesidades de los pacientes, debemos usar razonable y sensatamente los recursos, manteniendo e incrementando los conocimientos en lo esencial, cumpliendo con los principios de la bioética. Para evitar construir una medicina deshumanizada, desarticulada y parcial¹⁴, es necesario rescatar, frente a la MBE, los vínculos irremplazables que representan el razonamiento causal, las habilidades clínicas, la experiencia, el sentido común y el *primum non nocere*. Incluso si dispusiéramos de una evidencia exenta de ambigüedad, la todopoderosa MBE debería amasar-se con una buena porción de medicina basada en el humanismo, la sensibilidad y el afecto¹⁵.

R. Fernández-Samos

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular,
Complejo Asistencial Universitario de León, León, España
Correo electrónico: rafasamos@telefonica.net*

Bibliografía

1. Macedo JC. Sobre la viabilidad-legitimidad del trabajo clínico: elementos para el diálogo. Disponible en: <http://www.imacedo.org.uy/juancarlos/editorial.htm>
2. Murray SJ, Holmes D, Perron A, Rail G. No exit? Intellectual integrity under the regime of 'evidence' and 'best-practices'. *J Eval Clin Pract.* 2007;13:512-6.
3. Felman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med.* 1980;303:963-70.
4. Sackett DL, Oxman AD. HARLOT plc: an amalgamation of the world's two oldest professions. *BMJ.* 2003;327:20-7.
5. Peralta V. Ensayos clínicos, industria farmacéutica y práctica clínica. *An Sist Sanit Navar.* 2005;28:7-16.
6. L'anné 2009 du médicament. *Rev Prescrire.* 2010;316:136-42.
7. Peiró S. Médicos e industria farmacéutica. Para estar así, mejor casados. *Rev Cal Asist.* 2009;24:47-50.
8. Angell M. Is academic medicine for sale? *N Engl J Med.* 2000;342:1516-8.
9. Sismondo S, Doucet M. Publication ethics and the ghost management of medical publication. *Bioethics.* 2010;24:273-83.
10. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ.* 2002;324:886-91.
11. Prior L. From sick men and women, to patients, and thence to clients and consumers, the structuring of the 'patient' in the modern world. *Int J Epidemiol.* 2009;38:637-9.
12. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.
13. Tonelli MR. Conflict of interest in clinical practice. *Chest.* 2007;132:664-70.
14. Guyatt G. Evidencia científica y práctica médica. *Humanitas: Humanidades Médicas.* 2004;3:49-65.
15. Marañón-Cabello A. La medicina actual: luces y sombras. *Med Clin (Barc).* 2004;122:623.