

# Diálogo entre la bioética y la medicina basada en la evidencia, una mirada desde la ética narrativa

NADIA ESCOBAR SALINAS<sup>1</sup>

## Dialogue between bioethics and evidence-based medicine, a narrative ethics perspective

*Evidence-Based Medicine (EBM) is the methodological paradigm of Western medicine today. EBM is expected to reduce the use of intuition and to promote the use of scientific evidence, in the clinical decision-making process. Benefits of EBM in clinical practice are thoroughly documented, however, there are also critics. Among other issues, EBM is thought to contribute to an excessive reductionism, to neglect context variables and individual attributes involved in the physician-patient relationship. All the above could lead to several bioethical conflicts. This work consists in a literature review that examines the interaction between EBM and Bioethics in a reciprocity frame, in order to approach possible ethical conflicts that emerge with the use of EBM, and later analyze them from the perspective of the Narrative Ethics model, proposed by the philosopher Paul Ricoeur.*

(Rev Med Chile 2022; 150: 549-553)

**Key words:** Evidence-Based Medicine; Bioethics; Medical Ethics.

<sup>1</sup>Médica cirujana, MSc en Salud Global Universidad de Oxford, estudiante de Magister en Bioética Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Financiamiento: El presente trabajo no requirió financiamiento.

Correspondencia a:  
Nadia Escobar Salinas  
Monjitas 565, oficina 720,  
Santiago, Chile.  
nadia.escobar.s@gmail.com

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es un método que permite organizar la revisión de una extensa cantidad de información científica, obtenida de investigaciones biomédicas con diferentes diseños de estudio. Mediante reglas predefinidas y un sistema de priorización, la MBE busca jerarquizar el valor de la evidencia de acuerdo con la calidad y el diseño de los estudios que la producen. En 1996, David Sackett definió la MBE como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia existente en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales”<sup>1</sup>.

La MBE es el paradigma metodológico de la medicina occidental actual. Con ella se busca atenuar el énfasis en la intuición y en la experiencia no sistematizada, y, en cambio, promover el uso de la evidencia científica con aplicación de reglas formales<sup>2</sup>. En la formación de profesionales de la salud, la MBE es un valioso instrumento para el entrenamiento de la lectura crítica de las pu-

blicaciones científicas. Así, la forma de enseñar la medicina ha cambiado en gran parte debido a la introducción de la MBE como método base de la práctica clínica<sup>3</sup>. La MBE se ha hecho indispensable en la práctica médica porque su sistema permite reducir el riesgo de diferentes tipos de sesgos en la toma de decisiones clínicas, lo cual mejora los resultados clínicos para los pacientes.

Por otra parte, la MBE ha enfrentado diversas críticas. En primer lugar, se le ha considerado demasiado reductiva, es decir, que simplifica en exceso la relación entre variables medibles y omite otras que pueden afectar los resultados de una intervención, por ejemplo, factores sociales<sup>4</sup>. En la misma línea, se le critica que no da cuenta de la brecha intrínseca que existe entre el escenario experimental y la práctica clínica real, y tampoco de la individualidad, al homologar resultados esperables para individuos diferentes. Un ejemplo de esta perspectiva es la crítica relacionada a la desva-

lorización de la experiencia en la práctica médica, lo cual tendería a “deshumanizar” la medicina y a los médicos, y omitiría aspectos relevantes de la relación médico-paciente<sup>5</sup>. Por último, se critica que la MBE atribuye solo a la comunidad científica el poder de saber, y con ello, de decidir. Es decir, si lo correcto solo se puede obtener de la evidencia científica analizada mediante reglas conocidas por científicos y médicos, entonces nunca sería posible que los pacientes participaran en las decisiones<sup>6</sup>.

En la omisión de saberes distintos al médico, destaca el concepto de injusticia epistémica acuñado por Miranda Fricker en 2007, para describir el daño que se hace a una persona o comunidad en su rol de agente que produce y transmite conocimiento, en cuanto no se presentan los recursos necesarios para la interpretación y transmisión de su saber. En un contexto de hegemonía del saber médico, otros agentes de conocimiento son recibidos con menor credibilidad y sus saberes son desatendidos. Si un o una paciente no comparte el lenguaje de la MBE, como ocurre en la mayoría de los encuentros clínicos, su experiencia y conocimiento de la propia enfermedad podría no encontrar una adecuada traducción<sup>7,8</sup>.

### *Ética Narrativa y su relevancia en la medicina*

La Ética Narrativa del filósofo Paul Ricoeur (1913-2005) surge como un rescate de la fenomenología hermenéutica frente al positivismo del siglo XIX. El autor Diego Gracia, en su obra *Historia de la razón*, plantea que la razón humana se ha desarrollado en épocas posibles de identificar en la historia de la filosofía occidental. Un primer momento especulativo, que sería propio del mundo antiguo, en que el hombre busca conocer la naturaleza. Un segundo momento de la ciencia moderna, en que la razón pretende dominar la naturaleza con un ideal científico. Y finalmente, surgiría una etapa de mayor desarrollo, el momento hermenéutico, en que la razón da cuenta de la complejidad e incertidumbre de la realidad. No resulta lejano considerar que la MBE se acercaría más al segundo momento, mientras que quienes la critican ansiarían la evolución hacia el tercero<sup>9</sup>.

Respecto al rol de la narrativa en la Bioética, Beatriz Ogando señala que “la enfermedad, al igual que la propia vida, como experiencia biográfica posee una estructura narrativa, en la que las circunstancias y el contexto resultan fundamentales para entender la realidad de la experiencia vital”<sup>10</sup>.

Asimismo, respecto al aporte de Ricoeur a la Bioética, Tomás Moratalla señala que “la realidad clínica, como Ricoeur no dejará de reconocer [...], es mucho más compleja de lo que la perspectiva científicista suponía. La relación clínica ha de ponerse a la luz de otros paradigmas, más complejos, menos reduccionistas”<sup>11</sup>.

El presente trabajo busca explorar los conflictos éticos que pueden emerger del uso habitual de la MBE para la toma de decisiones clínicas, y analizar dichos conflictos desde la Ética Narrativa de Paul Ricoeur.

### **Métodos**

El presente artículo de desarrolló como un ensayo de carácter argumentativo, fundamentado en una revisión de la literatura.

Para la revisión bibliográfica, se hizo una búsqueda sistemática de la literatura en español e inglés con palabras clave pre-establecidas, en las bases de datos Pubmed, JSTOR y Google académico, considerando tanto literatura publicada como no publicada.

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda, con los conectores booleanos OR y AND: [“medicina basada en la evidencia” OR “medicina basada en evidencia” OR MBE OR “evidence based medicine” OR “evidence-based medicine” OR EBM] AND [étic\* OR bioétic\* OR moral\* OR ethic\* OR bioethic\*].

Se exploraron los textos identificados en los buscadores, reconociendo elementos teóricos clave para los objetivos del trabajo, e identificando los conflictos éticos más frecuentemente descritos para la práctica de la MBE. Se seleccionaron para la revisión aquellos textos que abordaran conflictos éticos de la MBE como tema principal del artículo, sin limitación a un marco teórico específico.

Posteriormente, los conflictos éticos con mayor frecuencia identificados se contrastaron con los elementos clave de la ética narrativa ricoeuriana, en particular con los expuestos por el autor en el séptimo estudio de “Sí Mismo como Otro, *El Sí y la Intencionalidad Ética*”<sup>12</sup>.

En este texto, Ricoeur establece definiciones teóricas clave para la ética narrativa, desde una perspectiva de la identidad y la alteridad, y el reconocimiento del otro a través de la interacción y la reflexión.

## Resultados y Discusión

Primero, se expondrá sobre la ética del método de la MBE, desde donde emergen la mayoría de los conflictos éticos a discutir. Luego, a modo de contraparte, se expone el posible rol de la MBE aplicada a la Bioética como disciplina.

### *Ética de la MBE*

Se asume que existen intenciones nobles detrás del uso de la MBE como método en la práctica clínica. La comunidad científica médica ha usado la MBE como herramienta para alcanzar objetivos que, de manera declarada, son beneficiosos para los pacientes, y con ello para la humanidad en general. Se busca que las decisiones clínicas tengan la mayor corrección técnica posible, en base a la evidencia disponible. Resulta difícil de negar que, como escribe Diego Gracia, “es ético buscar la corrección técnica”<sup>13</sup>.

Gracia plantea que la Lógica y la Ética están vinculadas y se complementan. Cuando los actos humanos son técnicamente incorrectos, al menos en el ámbito de la medicina, se podrían considerar éticamente malos, aunque la inversa no es necesariamente cierta, porque un acto técnicamente correcto podría no ser éticamente bueno.

Sobre los hombros de quienes ejercen el conocimiento médico pesa la responsabilidad de contar con las competencias necesarias para lo que se practica. El formarse e informarse para ejercer una medicina técnicamente lo más correcta posible es, por lo tanto, un imperativo ético. Desde ese punto de vista, es posible establecer que, al menos en su fundamento, la MBE es ética.

Por otra parte, en el contexto de una revolución paradigmática, como la que ocurre cuando la MBE se establece como método de elección en la toma de decisiones, existen riesgos inherentes a los conflictos de interés de individuos en posición de ventaja.

En su inicio, la MBE surge como una metodología práctica con justificaciones técnicas que la hacen factible y adoptable como herramienta. Cuando esta técnica adquiere una preponderancia tal que se entiende como innegablemente superior a otras, se convierte en un paradigma, es decir, en un modo universal de hacer las cosas en su respectivo campo. Si un paradigma técnico, como la MBE, se inculca irrestrictamente sin

espacio a cuestionamientos, se arriesga a convertirse en una doctrina y alejarse de su fundamento original. Esta última transición resulta compleja de aceptar en un entorno lógico científico, pero la práctica médica es también social. Cuando un determinado método se convierte en doctrina, se limita la capacidad de cuestionarlo, e incluso se castiga socialmente y profesionalmente a quienes no adhieren a él.

La doctrina abre la puerta a la utilización del método con fines espurios, valiéndose de su aceptación irrestricta para impulsar intereses individuales. La MBE solo puede desarrollarse de forma ética si se transparentan los conflictos de intereses, y con ello también se consigue la corrección técnica del método, cuyo norte es la objetividad.

### *MBE en la Bioética*

Frente a esta interrelación entre la MBE y la Bioética, es válido preguntarse si la MBE como método pudiera ser aplicada para la toma de decisiones, ya no únicamente clínicas, sino bioéticas.

Durante las últimas décadas, se ha visto un incremento en el uso de métodos empíricos para la investigación en Bioética, como una diversificación metodológica. Goldenberg interpreta este hecho como un elemento positivo para la integración de disciplinas, principalmente con el creciente interés de científicos en la ética, pero también como algo negativo, en la medida en que esta inclinación a los métodos empíricos en la Bioética pudiera reflejar una pérdida de confianza en los métodos propios de la disciplina<sup>14</sup>.

A partir de la definición de MBE, una Bioética basada en la evidencia sería “el uso consciente y juicioso de la mejor evidencia disponible para el cuidado del paciente promoviendo decisiones éticas informadas y justificadas”<sup>15</sup>. Esta traducción de una disciplina a otra genera una importante pregunta, ¿qué es “evidencia” en Bioética? La práctica de los métodos de la MBE en el contexto de la toma de decisiones bioéticas resulta inconcebible sin esa determinación previa, junto con una postura respecto a si es posible obtener información empírica y experimental para la toma de decisiones éticas. Esto resulta poco factible y deseable, sobre todo por el surgimiento de los conflictos éticos que se exponen en la siguiente sección.

### *Principales conflictos éticos identificados en la MBE*

Se han seleccionado para el análisis dos de los conflictos más representados en la literatura.

En primer lugar, existe un conflicto de origen de la MBE, que en su definición asume la toma de decisiones en manos de los médicos, en contraposición al poder de decisión de los pacientes y familias. Esta situación conlleva un desbalance de la relación entre las personas, puesto que los principales afectados por las decisiones no participan del proceso de evaluación y selección de la evidencia, que lleva a tomar decisiones. En el ámbito de la práctica clínica individual, esta convicción de que el conocimiento necesario para las decisiones radica en el médico compromete la autonomía de las personas. Esta idea se refleja en las palabras del autor Fernández Sacasas: “la experiencia clínica es la que nos ayuda a identificar las individualidades olvidadas. La clínica es una ciencia de individualidades que no puede ser sustituida por esquemas, casillas administrativas y normas rígidas”<sup>16</sup>.

En segundo lugar, la MBE aplicada de manera irrestricta privilegia ampliamente el saber técnico científico, en desmedro de otras fuentes de información. Este tipo de omisión de saberes puede comprometer la dignidad de las personas, en cuanto no se les valida como interlocutores y tampoco se validan sus experiencias de vida, lo cual constituye injusticia epistémica bajo las definiciones de Fricker, en cuanto se atenta contra la credibilidad testimonial de las personas<sup>7</sup>. Es importante recalcar que en este conflicto no solo se habla de saberes experienciales y culturales propios del paciente y su entorno, sino también de los médicos, que desprovistos de su individualidad y su intuición, se verían sometidos a ser simples repetidores de la información contenida en publicaciones científicas. En el ámbito de las decisiones a nivel poblacional, se omite el rol de la sociedad civil y la comunidad.

### *Análisis desde la mirada de la Ética Narrativa de Paul Ricoeur*

En su definición de la “intencionalidad ética”, clave del momento teleológico llamado *Aspiración*, Paul Ricoeur describe un deseo de lo bueno no solo para sí, sino que también con y para otros, en interacción dentro del marco de las instituciones justas<sup>12</sup>.

El primer segmento de la definición es útil para dimensionar el primer conflicto ético identificado en la MBE: la desproporción de poder entre médico y paciente en la toma de decisiones. En la intencionalidad de lo bueno, existe un rol recíproco según Ricoeur, que requiere del reconocimiento del otro, su existencia y su historia. En un sistema de comunicación tan complejo como la relación médico-paciente, la falla en este reconocimiento, con la consiguiente omisión negligente de la historia del otro, es de suyo no ética. Resulta inaceptable que el médico tome decisiones para el paciente, sin el paciente.

En segundo lugar, utilizaremos la definición del momento hermenéutico de Paul Ricoeur, llamado de la *Sabiduría Práctica*, para analizar el conflicto ético de la MBE relacionado con la invisibilización de saberes distintos al biomédico. El privilegio de la validación de la información proveniente del entorno científico no solo calla la opinión del paciente frente al médico, sino que también silencia la información proveniente de entornos distintos al científico, como son el cultural, experiencial, artístico y social. El momento hermenéutico de Ricoeur rescata la subjetividad, entendiendo que cada persona, familia y pueblo tiene una narrativa interna que le otorga identidad y lo hace sujeto de la ética.

Un ejemplo de la práctica se da en la atención de salud de personas mayores. De acuerdo con Mooijaart et al.<sup>17</sup>, el efecto de los tratamientos médicos es diferente en personas mayores con respecto a la población más joven, no solo cuantitativa sino también cualitativamente. Las personas mayores pueden valorar más la conservación de una función o de una actividad de la vida diaria, que el logro de los resultados fisiológicamente óptimos que el tratamiento pueda ofrecer. De allí, que al aplicar la MBE sobre una decisión clínica, si la evidencia disponible se funda en lograr parámetros fisiológicos óptimos, se podría estar omitiendo la narrativa individual del paciente.

Por lo tanto, desde la perspectiva de la ética narrativa, es necesario que la formación de los profesionales en el uso de la MBE incluya el desarrollo de competencias para una adecuada valoración de las perspectivas culturales y personales de los pacientes como parte necesaria e ineludible del uso de la MBE.

## Conclusiones

La Medicina Basada en la Evidencia es una herramienta metodológica útil para la evaluación objetiva de información empírica obtenida de la investigación clínica, con miras a canalizar esa evaluación en la toma de decisiones con el menor sesgo posible.

Sin embargo, resulta imperativo que la comunidad médico-científica autoexamine su relación con este método, evitando el discurso totalizante que otorga a la MBE atribuciones superiores a las que puede cumplir. Se deben reconocer los espacios que la MBE no satisface, con el fin de rescatar en ellos a otras disciplinas y métodos que puedan integrar una forma ética de tomar decisiones.

El análisis desde la Ética Narrativa de Ricoeur devela las principales falencias del uso indiscriminado de la MBE en la práctica médica. La omisión de la narrativa de los individuos y de las comunidades genera conflictos éticos que deben ser atendidos y subsanados mediante la formación profesional desde el pregrado, dirigida al desarrollo de competencias que permitan la necesaria valoración de estas narrativas.

## Agradecimientos

A la Dra. Adela Montero, por su orientación en el desarrollo de este trabajo, como docente del programa de Magíster en Bioética de la Universidad de Chile.

## Referencias

- Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
- Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsch J, et al. Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268 (17): 2420-5.
- Claridge J, Fabian T. History and Development of Evidence-based Medicine. *World J Surg* 2005; 29: 547-53.
- Walsh B. A post-structuralist viewpoint on evidence-based medicine. Tesis doctoral de la Universidad de Otago, Nueva Zelanda, 2012. Disponible en <https://ourarchive.otago.ac.nz/handle/10523/2181>. Acceso el 01/11/2020.
- Letelier L, Moore P. La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Rev Med Chile* 2003; 131: 939-46.
- Rodríguez-Olalla J, Ruiz-Rodríguez A, Pérez-Méndez J, López-Alanís M, Moya-Corral P, Cano-Valero M. El deseo y el poder: problemas del discurso de la medicina basada en la evidencia aplicado a salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012; 32 (114): 305-20.
- Fricker M. Injusticia epistémica. Poder y ética del conocimiento. Herder Editorial, SL, Barcelona. Traducción de García-Pérez R.
- Greppi A, Triviño R. Injusticia epistémica e ignorancia institucional. El caso de Martine Samba. *Revista internacional de filosofía política* 2021; 10 (19): 15-27.
- Gracia D. Ética narrativa y hermenéutica. En: Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Editores Triacastela 2004; 197-224.
- Ogando B, García C. De Aristóteles a Amenábar: ética narrativa, cine y medicina. *Revista Aten Primaria* 2008; 40 (9): 469-72.
- Moratalla T. Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas* 2007; II (17): 281-312.
- Ricoeur P. El Sí y la intencionalidad ética. Séptimo estudio. En: Ricoeur P. Sí mismo como Otro. Editores Siglo Veintiuno; 1996; 173-212.
- Gracia D. Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Bioética* 2000; 8 (1): 79-87.
- Goldenberg M. Evidence-based ethics? On evidence-based practice and the "empirical turn" from normative bioethics. *BMC Medical Ethics* 2005; 6 (11).
- Major-Kincade T, Tyson J, Kennedy K. Training pediatric house staff in evidence-based ethics: An explanatory controlled trial. *J Perinatology* 2001; 21: 161-6.
- Fernández-Sacasas J. Controversias en torno a la medicina basada en evidencias. *Rev haban cienc méd* 2011; 10 (3): 339-47.
- Mooijaart K, et al. Evidence-based medicine in older patients: how can we do better? *The Netherlands Journal of Medicine* 2015; 73 (5): 211-8.