

COMENTARIO EDITORIAL: Generando nuestra propia evidencia

Generating our own evidence

Adolfo Rubinstein*

Dime y olvidaré, muéstrame y puede que recuerde,
involúcrame y comprenderé.
Confucio. 551 – 479 a.c.

Si bien es una carrera de obstáculos, la relación entre la investigación clínica y la práctica es bastante lineal a pesar de las barreras individuales, sociales, organizacionales y culturales que previenen que la evidencia proveniente de la investigación sea usada para tomar decisiones clínicas. Por lo tanto, el espectro de los ensayos controlados y aleatorizados, o las revisiones sistemáticas en general es también angosto y limitado a responder preguntas definidas sobre la eficacia de una intervención puntual. Por estas razones, la mayoría de estos estudios se dirigen a los clínicos como audiencia primaria y persiguen, entre otras cosas, evitar variaciones inapropiadas en el proceso y en los resultados de las acciones clínicas, con el objeto de mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes. Sin embargo, la relación entre la evidencia científica y las políticas de salud es mucho más compleja, debido a numerosos factores que influyen en este tipo de decisiones¹.

Cada vez se comprende mejor que la revisión de la evidencia para apoyar el habitualmente complejo y “enredado” proceso de toma de decisiones en el que los decisores y gestores trabajan, debe considerar un amplio rango de preguntas a diferentes niveles, incluyendo aspectos tales como: ¿“en qué medida es este un problema”, “cómo y por qué ha llegado a ser así”, “cuán importante es comparado con otros problemas para los que hay que dar cuenta”, “está cambiando a lo largo del tiempo”, “qué es probable que funcione para enfrentarlo”, “para quiénes y bajo qué circunstancias”, “en qué contexto”, “cuál, si alguno, es el impacto diferencial de las intervenciones entre distintos grupos sociales”, “cuán costo-efectivas son las distintas alternativas y estrategias dado el contexto”, y finalmente “cuán aceptables son las diferentes intervenciones para la población blanco, para la población en general y para los prestadores”².

Si la mayoría de los decisores sanitarios en los países desarrollados usan poco o nada la evidencia científica para informar la toma de decisiones, imaginemos qué podemos esperar en nuestros países donde las decisiones son habitualmente informadas por evidencias “coloquiales”, basadas generalmente en opiniones, creencias, historia, presiones de los medios de comunicación o de diferentes corporaciones, muchas de ellas profesionales, o intereses creados, entre otras muchas razones.

¿Cómo hacer, a pesar de todo esto, para que las intervenciones de demostrada eficacia estén realmente disponibles para todos aquellos que pueden beneficiarse, especialmente los grupos más vulnerables, cuando la mayor barrera al uso de la evidencia científica no reside tanto en la falta de conocimiento sobre una intervención en particular, como en los obstáculos para su implementación (el así llamado “know-do gap”)? Además, está el problema de que muchas de las evidencias disponibles hoy no reflejan adecuadamente las prioridades de investigación en los países en desarrollo respecto de sus problemas de salud, como ha sido ya puntualizado por el Foro Global de Investigación en Salud respecto a la brecha 10/90.

Entendiendo que la toma de decisiones es muy sensible a los procesos locales, la aplicación de la evidencia debería realizarse tomando en cuenta el contexto específico en cada ámbito, ya

que son escasos los estudios de investigación que consideran enfermedades, intervenciones y aspectos de la atención de los problemas de salud, atinentes para los países en desarrollo, incluyendo tanto investigaciones clínicas como de servicios y políticas de salud. En comparación con los países desarrollados, pocos estudios son conducidos en nuestros países, desenmas-carando la necesidad de promover estrategias que incrementen su número para responder a las preguntas relevantes que los políticos y tomadores de decisión de nuestros países necesitan que sean respondidas. Lamentablemente, la fijación de prioridades está en gran medida determinada a nivel global y por los países desarrollados, con limitada reactividad a las necesidades de las agendas nacionales, por lo que sería deseable que estos procesos contemplaran no sólo mas protagonismo local sino que además ayudaran a construir capacidad para poder fijar prioridades basadas en la evidencia en nuestros países³. Esto es, como dice la publicidad de un conocido banco, pensar globalmente pero actuar localmente. Sin embargo, cuando intentamos “meternos” en la cabeza de los decisores sanitarios de nuestros países nos encontramos con enormes dificultades para que informen la toma de decisiones de manera más explícita y transparente, empleando criterios objetivos y basados en evidencias, como lo comprobamos en Argentina después de la crisis financiera de 2002, respecto a la toma de decisiones sobre asignación de recursos⁴.

¿Porqué las instituciones académicas de los países en desarrollo tenemos tantas dificultades para generar nuestra propia evidencia científica que responda a nuestras particulares necesidades? O acaso el papel que nos espera en el mundo de la investigación clínica, por ejemplo, será sólo integrar sitios para el reclutamiento de pacientes de estudios multinacionales patrocinados por la industria farmacéutica internacional? Cuando revisamos la literatura médica notamos inmediatamente que el lugar de origen de los trabajos es habitualmente EEUU, Canadá, Inglaterra u otros países desarrollados. En todos ellos existe una cultura de investigación, que más allá de la cuestión del financiamiento y del apoyo gubernamental o de agencias donantes, que obviamente explican mucho (aunque no todo), se debe también a sistemas de educación que valoran fuertemente la innovación y el descubrimiento. Generar una cultura de investigación requiere no sólo de sustento económico sino también de cambios culturales y de incentivos en las universidades e instituciones comprometidas con la carrera académica de los profesionales, de cambio de valores desde la dirección de las organizaciones e instituciones de salud y de los distintos cuerpos profesionales, como así también de cambios en cada uno de nosotros individualmente. En definitiva, por distintas razones, en nuestros países parece existir escaso interés por las actividades de investigación, siendo la dificultad de llevarlas a cabo, la falta de financiación y el costo, argumentos convincentes para no apoyarlas o no realizarlas⁵.

El Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) -institución que presido- tiene como uno de sus principales objetivos contribuir a reformular la agenda de investigación nacional y regional con investigaciones que reflejen de alguna forma las priori-

* Jefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y Director del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. adolfo.rubinstein@hospitalitaliano.org.ar



dades y necesidad de nuestro país en el contexto regional. Nuestra institución hoy está investigando en diversas líneas que creemos que reflejan la necesidad de "aterrizar" la evidencia científica o económica a la toma de decisiones. Sólo como ejemplos ilustrativos de algunas de nuestras diversas líneas de trabajo mencionamos: la evaluación de tecnologías sanitarias y evaluaciones económicas de medicamentos, vacunas, dispositivos y prácticas para apoyar la toma de decisiones sobre cobertura; la implementación de guías de práctica clínica en la atención del parto y la atención del recién nacido; la evaluación de la eficacia del tratamiento con drogas en la población adulta con enfermedad de Chagas, así como de la efectividad y la calidad del tratamiento supervisado de la tuberculosis; el estudio de la incidencia de enfermedad cardiovascular y factores de riesgo en sitios seleccionados de Argentina, Chile y Uruguay; y la evaluación del impacto del consejo médico para dejar de fumar, el entrenamiento en formación de investigadores en enfermedades crónicas y estilos de vida, y el impacto de la enfermedad cardiovascular sobre la economía familiar.

Por eso pretendemos compartir con ustedes el producto de nuestras investigaciones y el contexto en el que se desarrollan. En los próximos meses, diversos investigadores del IECS escribirán notas sobre distintos temas que enmarcan nuestros proyectos actuales -que serán reproducidas por EVIDENCIA-, como por ejemplo la implementación de estrategias de traducción e intercambio del conocimiento entre países desarrollados y en desarrollo, las investigaciones sobre efectividad comparada y costo-efectividad, los desafíos propuestos por las hoy llamadas ciencias de la implementación de las intervenciones así como las intervenciones complejas para modificar la conducta y estilos de los profesionales, los nuevos problemas que traen las enfermedades crónicas y los estilos de vida en nuestros países, la larga herencia de las enfermedades "olvidadas" como el Chagas y la tuberculosis, los nuevos desafíos para mejorar la calidad y seguridad en la atención de nuestros pacientes, y tantos otros temas que esperamos que brinden un contexto apropiado a las investigaciones que estamos realizando.

Cortesía del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). www.iecs.org.ar

Referencias

1. Black N y col. Public accountability: one rule for practitioners, one for scientists? J Health Serv Res Pol 2001;6:131-2
2. Mays N y col. Journal of Health Services Research & Policy Vol 10 Suppl 1, 2005: 6-20
3. Alliance for Health Policy and Systems Research, Sound Choices, 2007
4. Rubinstein A y col. Are economic evaluations and HTA increasingly demanded in times of rationing health services? The case of the Argentine financial crisis. Int J of Technology Assessment in health care 2007;23:2
5. Rubinstein A y col. De la Práctica Clínica a la Investigación. Editorial: Evidencia en Atención Primaria.1999; Vol. 2 N° 6: 162-163

Curso Superior Universitario de Medicina 2010 Familiar y Ambulatoria - PROFAM

Especialmente enfocado a todos aquellos profesionales que decidan profundizar y actualizar con los últimos y más renovados contenidos teóricos y prácticos, su práctica médica.

Duración: Un año

El alumno puede iniciar la cursada en cualquier momento del año

Temario de los nueve módulos a dictarse:

- " Herramientas en Medicina Familiar
- " Riesgo Cardiovascular y Enfermedad Coronaria
- " Salud de la Mujer
- " Problemas Digestivos Frecuentes
- " Salud del Niño
- " Problemas Frecuentes en el Anciano
- " Problemas Respiratorios Frecuentes
- " Problemas Psicosociales
- " Otros Problemas Ambulatorios Frecuentes

Certificación

El curso tiene la certificación Universitaria del Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires

CONSULTE POR DESCUENTO ESPECIAL
PARA GRUPO DE ALUMNOS

Para mayor información:

Srta. Daiana Discioscia - Fundación MF
E-mail: daiana.discioscia@fundacionmf.org.ar
Tel.: 4959-0381 ó 4959-0200 int. 5288,
www.hospitalitaliano.org.ar/escuela
www.profam.org.ar