

# Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en evidencia

Por: Alberto Gálvez Toro \*

*Este trabajo es el resumen de un ciclo de conferencias realizado por el autor en México -México D.F. y Acapulco, y España -Elda, Alicante: II Jornadas de la Asociación de Enfermeras Administradoras de México, III Jornadas de Enfermería de la Unidad de Especialidades Médicas de la Secretaría de la Defensa Nacional -México, y XIII Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó.*

□ □ □ □ □ □ □ □

□

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

Se está discutiendo actualmente el uso del modelo de la medicina basado en la evidencia (MBE), dentro del campo de la Enfermería española y latinoamericana, dada la relación que se puede establecer entre cuidados de Enfermería, evidencia científica y calidad de los cuidados. Hay sin embargo algunas limitaciones en el modelo de la MBE que obligan a las enfermeras a ser cautas, sobre todo porque el uso ortodoxo de los principios que rigen este movimiento son, a todas miras, incompatibles con algunos de los principios epistemológicos que fundamentan la práctica de la Enfermería -humanismo, intersubjetividad, investigación cualitativa, etc.-. Pero además, la MBE lleva impreso un pensamiento racionalista muy cercano al positivismo lógico, el cual postula que la base del conocimiento está en la comprobación, y niega cualquier otra forma válida de conocimiento, lo que puede suponer, si se asume literalmente, un reduccionismo para la Enfermería.

El objetivo de este trabajo es aproximar la MBE a la Enfermería y mostrar que el modelo que propone este movimiento, puede y debe ser interpretado desde la crítica y la reflexión y que, por tanto, se puede construir una Enfermería basada en evidencias que redunde en una mejora de la calidad de los cuidados y en una mayor satisfacción de los pacientes y usuarios de los sistemas de salud, todo ello, por supuesto, visto desde una Enfermería integradora. De hecho, este enfoque es un poderoso instrumento para el empoderamiento de las enfermeras y para hacer visible el enfoque de su metaparadigma.

Para ello se hará un breve recorrido por la MBE, desde su definición, su origen y sus bases conceptuales, hasta la forma que ha adoptado en nuestra actualidad. Posteriormente se propondrá una crítica al modelo, su adaptación a la enfermería y las ventajas que las enfermeras pueden obtener de la evidencia científica.

### Palabras claves:

*Enfermería basada en evidencia;  
Medicina basada en evidencia*

*\*Profesor del Departamento de Ciencias de la Salud, Área de Enfermería, Universidad de Jaén, España. D. Enfermería, D. Fisioterapia, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Experto en Geriátrica y Gerontología. Dirección: Paraje de las Lagumilla s/n, CP. 23071, Universidad de Jaén. Jaén, España, Correo electrónico: atoro@ujaen.es*

Gálvez Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en evidencia. Invest. Educ. Enferm. 2003; 21 (1): 50 - 64

*Recibido: mayo 27/2002  
Aceptado: noviembre 28/2002*

# Critical focus structuring nursing based on evidence

Por: Alberto Gálvez Toro \*

## SUMMARY

Actually there is discussion about the use of a model of medicine based on evidence (M B E -for its Spanish acronym-) used for nurses in Spain and Latin America, and considers the relation among nursing care, scientific evidence and quality of care. Nevertheless, there are some limitations in the model M B E, and leads nurses to be cautions especially because the orthodox use of the principles orienting this movement are from all points of view, incompatible with some of the epistemological principles which are the foundation of nursing practice- humanism, intersubjectivity, qualitative, research and so on- But in addition M B E has the seal of rationalist thinking very close to the logical positivism, it states that knowledge is based on proof and denies any other valid form of knowledge, which means, taking it literally, a reductionism in nursing.

The objective of this paper is to approach the M B E to nursing and to show that the model proposed by this movement, may and has to be interpreted with reflection and critic- and consequently one can structure nursing based on evidences, seeking better quality of care and move satisfaction in patients and users of the health system, all these, of course, considering she cohesiveness of nursing. This focus may be a powerful instrument for the empowerment of nurses and to make visible its metaparadigm. The paper revises the M B E, from its definition, origin and conceptual bases to its actual schema. Then, proposes a critical model adapted to nursing and the advantages obtained by nurses through the scientific evidence.

### Key words:

*Nursing based on evidence.  
Medicine based on evidence.*

## El modelo de la medicina basada en la evidencia

### Nacimiento: contexto y actores

El origen de la MBE tuvo lugar de manera muy tímida en la década de los ochenta, y no fue hasta principios de los noventa cuando alcanzó una mayor difusión. El desarrollo del modelo está vinculado a cinco espacios que podemos denominar como "mundo anglosajón", "epidemiología clínica", "universidad", "sistemas de salud" y "revistas científicas"<sup>1</sup>.

La MBE nació en Canadá y en el Reino Unido. Un grupo de epidemiólogos -Muir Gray, Rosenberg, Donald, D. Sackett, etc. -, vinculados con las universidades de McMaster y Oxford, preocupados por la efectividad y la eficiencia de la práctica clínica, centraron su trabajo en el desarrollo de métodos y estrategias de revisión de la literatura científica, que sirvieran para localizar las mejores evidencias existentes para la práctica. Pronto, los Sistemas de Salud hicieron eco de las propuestas de la MBE, sobre todo de su enfoque basado en la eficiencia de las intervenciones médicas, compatible con la necesidad de limitar el crecimiento sin límites del gasto en salud de los grandes sistemas sanitarios. A su vez, revistas científicas de prestigio como BMJ y JAMA dieron un soporte y una difusión tempranos a las propuestas del grupo de epidemiólogos de McMaster y Oxford. A principios de la década de los noventa, el Evidence-Based Medicine Working Group dirigido por Guyatt publicó en JAMA un artículo de gran impacto llamado Medicina basada en la evidencia, donde planteaba a la comunidad científica una nueva forma de entender la medicina, un nuevo paradigma. Desde entonces se han publicado una amplia gama de artículos en estas y otras revistas de prestigio, que explican cómo se pueden localizar evidencias en la literatura científica y cómo valorar su validez aproximación a la verdad, y utilidad.

### Definición

No hay ninguna definición consensuada sobre la MBE. Habitualmente, se toma como referencia la definición que publicó en 1996 el profesor Sackett, uno de los padres y promotores de este modelo. Según Sackett, la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente<sup>2,3</sup>.

Rosenberg y Donald (1995), la entienden como un enfoque dirigido a la solución de problemas surgidos en la práctica clínica, en el que la toma de decisiones está basada en la mejor evidencia existente<sup>4</sup>.

No obstante estas definiciones, actualmente la MBE se entiende como el uso juicioso y racional, en la práctica médica, de las mejores evidencias disponibles<sup>5</sup>.

### Bases conceptuales del modelo

Diferenciamos cuatro elementos que forman parte del cuerpo conceptual de la medicina basada en evidencias y cuya interacción definen la mejor práctica posible o basada en evidencias: la investigación, la experiencia, las preferencias y valores de los usuarios y los recursos disponibles<sup>2,3,6</sup>.

No obstante estas definiciones, actualmente la MBE se entiende como el uso juicioso y racional, en la práctica médica, de las mejores evidencias disponibles<sup>5</sup>.

- a) La investigación para la MBE tiene sobre todo carácter experimental. Es el uso consciente de la mejor evidencia —best evidence— que aporta la investigación. La mejor evidencia de la MBE procede de los ensayos clínicos y del metaanálisis. Las evidencias procedentes de otros diseños, sobre todo estudios descriptivos, transversales, cualitativos o casos clínicos, aportan poca certeza clínica y no son suficientes para recomendar o desestimar una intervención o una práctica clínica.
- b) La experiencia del clínico. El término experiencia clínica engloba el conjunto de conocimientos que un profesional adquiere con los años de ejercer con rigor intelectual y que le permiten tomar decisiones acertadas en situaciones complejas a pesar de la incertidumbre de toda decisión clínica.
- c) Las preferencias-valores de los pacientes.
- d) Los recursos disponibles. Dado que los recursos sanitarios son limitados, lo más adecuado es disponer de instrumentos que valoren la validez de las intervenciones y que discernan entre prácticas poco eficientes y eficientes. La investigación experimental sería la guía para tomar decisiones eficientes.

### El método

D. Sackett y Cols, explican que para hacer un uso consciente de evidencias, hay que contar antes con ellas. Así, la MBE propone un método que consta de cinco etapas y va desde la búsqueda de evidencias hasta su implementación y evaluación.<sup>3</sup> Estas etapas son cinco:

1. Elaborar preguntas susceptibles de respuesta. Consiste esta etapa en hacerse preguntas sobre la práctica clínica según un esquema compuesto por cuatro elementos: el paciente o problema, la intervención a considerar, la intervención a comparar y las variables de interés clínico. [Formular una pregunta].
2. Localizar las mejores evidencias, normalmente en la bibliografía, para responder a las preguntas planteadas. Consiste en realizar una investigación secundaria en la literatura científica, para localizar evidencias publicadas que resuelvan nuestra pregunta clínica (revisión sistemática y metaanálisis). [Localizar investigaciones].

3. Valorar la validez (proximidad a la verdad) y la utilidad (aplicabilidad clínica) de las evidencias encontradas en la literatura científica. La validez de las respuestas encontradas depende de la certeza que se puede derivar de las evidencias encontradas según el diseño de las investigación y de su validez interna y externa. Así, las mejores evidencias son las que proceden de los ensayos clínicos y del metaanálisis. [Evaluar las investigaciones mediante guías de lectura crítica y jerarquizar las evidencias].

4. Aplicar los resultados hallados a nuestra práctica clínica. [Implementación]

5. Evaluar los cambios realizados, los resultados obtenidos tras la aplicación de la evidencia. [Evaluar la evidencia en la práctica].

### Jerarquización de las evidencias

Hay distintas formas de clasificar las evidencias y las recomendaciones que de ellas se derivan. Todas coinciden en la gradación jerárquica establecida bajo el criterio de "diseño de investigación experimental"<sup>1,7</sup>. Es decir que, la máxima certeza o evidencia se puede obtener de un ensayo clínico o metaanálisis y que los demás diseños tienen menor certeza hasta llegar a diseños que, como los cualitativos, son considerados de dudosa validez y utilidad (véase el cuadro 1).

Hay distintas formas de clasificar las evidencias y las recomendaciones que de ellas se derivan. Todas coinciden en la gradación jerárquica establecida bajo el criterio de "diseño de investigación experimental"

CALIDAD DE LA EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO	GRADO DE EVIDENCIA
A (ALTA)	1° Metaanálisis 2° Ensayos clínicos aleatorios	Adecuada evidencia para recomendar o desestimar su utilización
B (MEDIA)	3° Ensayos clínicos no aleatorios 4° Estudios de cohortes 5° Estudios de casos-control	Cierta evidencia para recomendar o desestimar su utilización
C (BAJA)	6° Estudios descriptivos/transversales 7° Estudios cualitativos 8° Comités de expertos 9° Conferencias o consensos 10° Casos clínicos aislados	Cierta evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización

Tomado de A.J. Jover y M.D. Navarro-Rubio, Med. Clin. (Barcelona), 1995.

Cuadro 1  
Grado de evidencia según el diseño metodológico  
Clasificación jerárquica del conocimiento

## Evidencia y autoridad

El enfoque de la MBE centra su atención en la investigación experimental y en las evidencias que proceden de ella —best evidence—. Así, la evidencia científica proporciona autoridad. Un juicio basado en evidencias experimentales, es un juicio válido. Una práctica basada en evidencias es una práctica útil y clínicamente relevante.

## Crítica al modelo

### Primeras aclaraciones

3. ¿Qué es realmente la MBE? En sentido estricto la MBE no es más que un método de investigación bibliográfica<sup>1</sup>.

1. El término evidencia es un anglicismo que significa prueba<sup>8</sup>. Evidencia científica significa prueba científica, y la mejor prueba científica de la MBE está en el ensayo clínico y en el metaanálisis -investigación cuantitativa .

2. La definición más aceptada de MBE, la de D. Sackett, es tendenciosa, rimbombante y está cargada de epítetos. No es una definición propia del lenguaje científico. No aclara qué es, ni cuál es el objeto de la MBE. La definición y su discurso es demagógico si se analiza desde un punto de vista crítico, histórico, reflexivo y emancipatorio<sup>9</sup>.

3. ¿Qué es realmente la MBE? En sentido estricto la MBE no es más que un método de investigación bibliográfica<sup>1</sup>. Las ciencias documentales conocen desde hace décadas cómo se realiza una investigación bibliográfica para recuperar información pertinente.

4. ¿Qué aporta la MBE?

4.1 Desde un punto de vista metodológico lo único que aporta es una forma de revisar la literatura científica basada en criterios metodológico-cuantitativos.

4.2 La otra gran aportación la podemos encontrar en las bases de datos bibliográficas y las revistas secundarias que resumen pruebas científicas procedentes de estudios de calidad, creadas bajo la influencia de la MBE: Cochrane Library, Best Evidence, Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Nursing, etc.

5. La MBE no está orientada hacia la práctica sino hacia la síntesis de investigaciones clínicas. Es decir, aunque de manera reiterada remite a la práctica, no existe un enfoque aplicado de la MBE.

6. En la MBE subyace un pensamiento positivista y aunque alaba sin hacer nada por practicarlas la experiencia, la observación y la experimentación, permanece firme en la tradición de aquellos para los cuales, como sucede con Descartes y Kant<sup>9</sup>, el último resorte de su propio razonamiento es el anclaje de la certeza<sup>10</sup>. Es decir:

a. Tomando como referencia a la escuela de Frankfort, A. Cortina identifica tres orientaciones básicas del saber. El interés técnico, que abre el sentido de las ciencias empírico-analíticas; el interés práctico, constitutivo del sentido en el dominio de las ciencias histórico-hermenéuticas; y el interés emancipatorio, que dirige la tarea de las *ciencias sociales críticas*, es decir, la crítica de las ideologías.

6.1 La MBE desarrolla aquellas de sus bases conceptuales que son compatibles con el pensamiento del positivismo lógico, es decir, la investigación experimental como fuente de pruebas dotadas de la cualidad de certeza -recomendación A, alta calidad según el cuadro 1 y los recursos disponibles, en tanto limitados<sup>b</sup> y necesitados de ser utilizados de manera eficiente, según los resultados de las pruebas experimentales precedentes de la investigación de calidad -o investigación experimental .

6.2 Pero la MBE no explica ni desarrolla las otras dos dimensiones que forman sus bases conceptuales: la experiencia y los valores-preferencias de los pacientes. Estas dos categorías entran en conflicto con el pensamiento positivo de la MBE<sup>c</sup>.

7. En sentido estricto, la MBE no resuelve los problemas prácticos del uso de las pruebas científicas en condiciones naturales, es decir, en sociedad: los problemas prácticos no están siquiera rozados cuando los técnicos ya están resueltos<sup>d</sup>.

8. La MBE practica el monismo metodológico, centrado en un concepto menudado de la razón y de las posibilidades de conocimiento, obviando críticas<sup>e</sup> surgidas en su propio seno<sup>11</sup>.

9. En la MBE está presente el impulso de dominio del saber científico-técnico surgido con la modernidad<sup>12,13</sup>, marcado por las utopías positivistas -la lógica del control, de la neutralidad, de la certeza, de lo demostrable experimentalmente, del progreso imparable, de los medios/fines, de la lógica weberiana<sup>c</sup>, por la autoridad y por el control de la heterogeneidad. A pesar de este predominio del pensamiento hegemónico, algunos profesionales de la salud enfermeras y médicos, siempre en petit comité, creen que la MBE es una secta peligrosa que se está expandiendo con demasiada rapidez.

### Condiciones de posibilidad

La pregunta necesaria ahora es: ¿Cómo es posible que se haya expandido con tanta rapidez la MBE?

b. En esta proposición subyace claramente la teoría de la elección racional y el pensamiento de la escuela clásica de la economía política de A. Smith: desde el liberalismo al neoliberalismo.

c. Se trata de la oposición clásica entre la razón formal -de la capacidad para clasificar, deducir y concluir- y la razón sustancial, que señala contenidos como valiosos (véase A. Cortina, 1985).

d. Entre los problemas que Gol-Freixa y del Llano Señarís ven en la MBE destacan: minusvalora la experiencia, el instinto, lo que la medicina tiene de arte y oficio; manifiesta falta de una clara definición de lo que significa la efectividad y qué efectividad debe ser considerada; minusvalora las consecuencias de la MBE más allá de la práctica clínica -distribución de recursos, política sanitaria y gestión clínica-, corre el riesgo de caer en el fundamentalismo metodológico, el agravamiento de la disputa entre economistas, gestores y médicos, y puede hacer que pase a un segundo plano el comportamiento bioético de la justicia distributiva y de la eficiencia.

e. La noción de racionalidad de Max Weber tiene dos elementos fundamentales: la coherencia o consecuencia, que implica el mismo tratamiento para las mismas cosas -todo ello derivado del método-, y la eficiencia, esto es, selección fría y racional de los mejores medios posibles para unos fines determinados, claramente formulados y definidos. Se basa en tres proposiciones -filosófico/científicas- sobre las que se ha apoyado históricamente la tradición occidental: toda pregunta puede responderse -si no se puede responder, no es en realidad una pregunta-, todas las respuestas son cognoscibles y pueden descubrirse por métodos que se pueden aprender y enseñar a otros y, todas las respuestas han de ser compatibles entre sí.

A pesar de este predominio del pensamiento hegemónico, algunos profesionales de la salud enfermeras y médicos, siempre en petit comité, creen que la MBE es una secta peligrosa que se está expandiendo con demasiada rapidez.

Hay al menos tres factores que han actuado al mismo tiempo y de una manera premeditada e intencionada para hacer posible este impacto: la manipulación de los significados, la democratización del conocimiento y la orientación pedagógica de la MBE y la autoridad.

1. Manipulación de significados. El enganche<sup>f</sup> a la MBE se logra de dos formas. En primer lugar, con su polisemia o posibilidad de atribuir distintos significados a las palabras, lo que permite que distintos sujetos —médicos y enfermeras—, proyecten sus categorías cognitivas profesionales a la idea de evidencia sin que exista contradicción o discordancia, aunque el significado de la evidencia sea diferente en cada colectivo de profesionales, algo impensable en un discurso científico y objetivo que se supone carente de ambigüedades. En segundo lugar, utiliza un tono alegórico según el cual las palabras representan o significan una cosa distinta a lo que realmente significan.

2. La pedagogía y la democratización del conocimiento. La MBE se ha apoyado en la pedagogía sistemática de su sistema de pensamiento y en la globalización a través de la red. Son las ideas de que "tú puedes hacerlo si pones empeño" y "el conocimiento está al alcance de cualquiera que se preocupe un poco". La MBE postula que cualquiera puede practicarla y obtener grandes beneficios de su uso<sup>14</sup>, cuando se somete a un programa de formación adecuado.

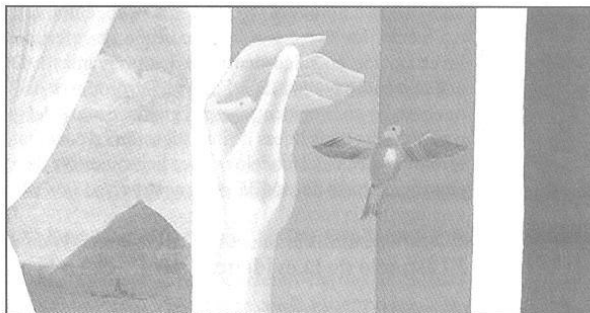
Según este razonamiento varias condiciones están implicadas en el éxito de la evidencia: su formulación de la verdad, la posibilidad de ser aprehendida por cualquiera, el universalismo, la insistencia en la pedagogía y el altruismo de muchas personas que ayudaron a difundir el mensaje simultáneamente en distintas partes del mundo.

3. La autoridad es el estatus de poder adquirido socialmente por una persona o institución. El discurso de la MBE es un discurso de autoridad académica, que posee un crédito científico, es decir, un certificado de garantía de verdad. Esta garantía está apoyada en tres instituciones de poder: la universidad, las revistas científicas y el Estado.

La universidad es la institución del conocimiento en occidente, instrumento de progreso cultural, técnico y científico; el lugar donde se forman seres humanos sensatos y capaces mediante la enseñanza superior. Las revistas científicas son el instrumento utilizado para la difusión del conocimiento científico entre la comunidad científica. En la tradición democrática de occidente -individualista o comunitarista, el Estado representa para la ciudadanía la justicia, el derecho y la protección.

f. Una vez enganchados los sujetos a la evidencia —uso consciente, explícito y juicioso de la verdad—, se les introduce en un discurso sistemático con una estructura muy organizada y racional, carente de ambigüedades, que se describe como nuevo y revolucionario: revisiones sistemáticas y metaanálisis, calidad de las recomendaciones, análisis de la literatura científica, valoración crítica, eficiencia, etc., es decir, los instrumentos metodológicos que forman la llave de la puerta que abre la verdad. Hasta este instante, todo está bien mientras nos movamos en un nivel teórico y con unos cuantos casos pedagógicos que ilustran la verdad que se ha creado. El problema surge cuando el clínico, individualmente, hace el intento de buscar la evidencia y usarla.

La universidad es la institución del conocimiento en occidente, instrumento de progreso cultural, técnico y científico; el lugar donde se forman seres humanos sensatos y capaces mediante la enseñanza superior.



RENÉ MAGRITTE. *La ventana*, 1925  
Óleo sobre lienzo, 65 x 50 cm  
Bruselas, colección privada

Estas tres instituciones han participado de diferente manera en la difusión de la MBE, pero su acción ha sido conjunta y fundamental para explicar las condiciones de posibilidad de este discurso. En primer lugar, su nacimiento tuvo lugar en un contexto hegemónico dentro del pensamiento científico y en universidades de reconocido prestigio. En otras palabras, el dónde, es aquí primordial, y se responde con pocas palabras: ámbito anglosajón y universidades de Oxford y McMaster. Hoy día sabemos la MBE así lo ha puesto de manifiesto, que la visibilidad de un discurso —o de un ensayo clínico— depende del idioma en el que se inscribe. El inglés es la lengua hegemónica de la comunicación científica.

Sin embargo, este hecho es insuficiente sin el baluarte de la comunicación científica: las revistas científicas. Si unimos la lengua dominante en que se inscribe el discurso y el nombre de varias revistas científicas de reconocido prestigio y de difusión internacional como JAMA y British Medical Journal, escritas en esta lengua, destacadas por su seriedad y selectivos criterios de inclusión, es más fácil entender la difusión de la MBE. Escribir en estas dos revistas confiere autoridad científica, y los artículos que seleccionan comparten también este atributo.

Pero hay otro elemento clave en este entramado: la complicidad entre los creadores del movimiento y estas publicaciones científicas. No se publicó un artículo sino una serie abultada de artículos en el lapso de varios años. Esta complicidad y la oportunidad editorial de comercializar y posteriormente rentabilizar la idea, dio lugar al nacimiento de nuevas revistas médicas como Evidence-Based-Medicine. Tómese nota de este detalle porque una nueva revista científica se asocia habitualmente con el nacimiento de una nueva "ciencia" o especialidad destinada a un público o comunidad científica determinada. Es decir, que en pocos años, se había creado un mercado de productores y de consumidores de evidencias, con una oferta cada vez mayor y una demanda creciente.

La participación del Estado ha sido activa en el proceso de creación y difusión de la MBE. Para establecer la relación entre ambos hay que remitirse a la economía y asumir la noción básica de la Escuela Clásica, que piensa que hay unos recursos escasos que deben ser usados de manera óptima para un fin concreto.

La salud es un valor social, un derecho, pero también es cuantificable desde el punto de vista de la economía. Archie Cochrane lo expuso claramente en su libro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (1972):

los Sistemas de Salud no son eficientes. Él había observado que el gasto creciente en salud del NHS no llevaba asociado un aumento proporcional de la salud de la población. Los Sistemas Nacionales de Salud toman decisiones que no son costo-efectivas y a medio plazo se producirá un colapso. Entonces, los Sistemas de Salud no serán viables. El discurso de la MBE retoma estas ideas de Archie Cochrane y las desarrolla para su uso en la práctica clínica. Es aquí donde coinciden los intereses del Estado y de la MBE, la viabilidad de los sistemas de salud nacionales. Esta asociación se niega desde algunos sectores de la MBE como la Colaboración Cochrane. Sin embargo, se quiera reducir el gasto o no, lo que se observa detrás de la negación, es la optimización de unos recursos escasos y limitados en una situación de aumento constante de las demandas y de las necesidades de servicios de salud, que obligan a tomar decisiones eficientes, dependientes de los recursos, y, este es, sin ningún género de dudas, un objetivo del Estado. La MBE propone una política sanitaria basada en la eficiencia.

Como es lógico la MBE surge en unos contextos socioculturales concretos: occidente, desarrollo, sistemas nacionales de salud, estados de bienestar, control del gasto en salud, etc.



La MBE es un producto social, económico, cultural y político de occidente. Actualmente, los Estados a los que acabo de referirme, promueven políticas de investigación en salud dentro de los programas I+D, claramente orientadas y condicionadas por la MBE. El Estado es promotor de la MBE, impone restricciones basadas en la evidencia -verbi gracia: control del gasto farmacéutico y limita o no financia otras líneas de investigación no cuantitativas. La MBE ha supuesto el reforzamiento del modelo médico hegemónico y de pensamiento único (1.5). Por tanto, el discurso de la MBE no es neutro (16-17), sino que esconde una ideología<sup>g</sup> que legitima la acción<sup>h</sup>.

## El espacio de la evidencia científica en la enfermería

### Las élites intelectuales, la Enfermería y la evidencia científica

Cuando se hace un repaso de la literatura publicada sobre Enfermería basada en evidencias en nuestro entorno cultural más cercano, o de las ponencias de congresos de investigación en Enfermería de los últimos dos años, se descubre que los distintos autores no hacen sino trasladar de manera mimética la MBE a la Enfermería. Y esto es, claro está, un ejemplo de falta de reflexión. Así pues, según los autores que han tratado la evidencia científica en Enfermería, no hay ninguna diferencia entre una EBE y una MBE, salvo la E y la M.

El primer gran error de nuestros colegas, es creer que la Enfermería es igual que la medicina. Claro que si ambas disciplinas son iguales, entonces todo lo que sigue carece de fundamento.

Pongamos algunos ejemplos de lo que nuestros colegas han dicho. En Argentina, L. Garnica y M. Chávez establecen una relación entre el proceso de Enfermería y la MBE, pero además, definen a la Enfermería basada en evidencias como un nuevo e innovador paradigma<sup>18</sup>. La profesora M.T. Icart, en una conferencia celebrada en enero de 2000 en el Instituto de Salud Carlos III, sustituyó las siglas MBE por EBE, pero no dijo nada que no fuera medicina basada en evidencias<sup>19,20</sup>. E. Limón, ve en la MBE un "nuevo conocimiento" y a continuación aplica el mismo tratamiento que el resto de autores citados<sup>21</sup>. El resto de la producción científica circulante no se sale de esta línea de pensamiento<sup>22-25</sup>, que, por otra parte, no es más que un ejemplo del pensamiento hegemónico que domina las ciencias de la salud<sup>26</sup>.

g. Uribe Oyarbide (2000), apunta que todo modelo cultural, del investigador y del no investigador, responde a, o es afectado por, procesos hegemónicos de constitución de saberes. La legitimidad de esos saberes, la ciencia entre otros posibles, en un momento u otro, en un lugar u otro, deriva del poder de quien los detenta y no de su nivel de verdad o falsedad, elemento en que, cuando se traduce en grados de objetividad, esconde una construcción del objeto de interés o digno de mención que no es otra cosa que la manifestación directa de un interés entre otros posibles, pero no el único interés ni la única manifestación existente. Todo modelo cultural depende de procesos histórico-sociales variables espacial y temporalmente, y a su vez varían de lugar a lugar con adaptaciones, variaciones e incluso efectos no previstos.

h. Dice T. Kuhn (citado por M. Douglas), que justificar una prueba puede consistir primordialmente en demostrar no tanto que es fiable como que está dotada de autoridad, y como apunta M. Douglas, la autoridad la confiere la coherencia entre la prueba y el sistema de pensamiento dominante de un colectivo.

Cuando se hace un repaso de la literatura publicada sobre Enfermería basada en evidencias en nuestro entorno cultural más cercano, o de las ponencias de congresos de investigación en Enfermería de los últimos dos años, se descubre que los distintos autores no hacen sino trasladar de manera mimética la MBE a la Enfermería.

Por tanto, no hay una EBE diferente a la MBE, y por ello no hay una Enfermería basada en evidencias en la propuesta de estos autores.

Las consecuencias de aplicar los principios de la MBE a la Enfermería son muy peligrosas e incongruentes con su sistema de pensamiento y con su práctica:

1. Es un instrumento que deslegitima buena parte de la práctica de la Enfermería al negar, como hace M.T. Icart, las bases que fundamentan la práctica -tradición, filosofía, ética, investigación . Entonces, ¿Qué pasa con la Enfermería que no está basada en evidencias cuantitativas?
2. Niega de manera implícita la validez de pruebas científicas fundamentadas en paradigmas alternativos al positivista. ¿Qué pasa con la Enfermería que no está basada en evidencias experimentales?

Segundo error de las élites intelectuales: caer en la reducción y en el monismo metodológico; reducir la práctica válida a aquella que depende de la demostración experimental sin la necesaria reflexión o la consideración de otras alternativas suficientemente documentadas en Enfermería<sup>27,36</sup>.

Finalmente, el tercer error consiste en haber olvidado el marco conceptual propio de la Enfermería, definido por un metaparadigma basado en cuatro conceptos fundamentales<sup>37</sup>: la persona, la salud, el entorno, el cuidado.

#### **El sistema de pensamiento bipolar: el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto**

M. Douglas<sup>17</sup> dice que la "capacidad para pensar" viene dada por los sistemas de pensamiento<sup>1</sup>, y que nuestra cognición está limitada por las clasificaciones y las analogías que establecen por nosotros las instituciones de pensamiento<sup>1</sup>.

Si la MBE establece una clasificación sobre la validez y es aceptada como verdad, o define qué es la buena práctica clínica frente a la mala, lo que está haciendo no es más que determinar las condiciones de posibilidad de la cognición dentro de la práctica médica. Así, la MBE sería una institución dentro de un mundo de pensamiento hegemónico o modelo biomédico. Claro que la cognición que nos presenta y sus analogías, se pueden reconocer con facilidad: pensamiento reduccionista del positivismo.

Las consecuencias de aplicar los principios de la MBE a la Enfermería son muy peligrosas e incongruentes con su sistema de pensamiento y con su práctica:

i. Según Douglas, el "colectivo de pensamiento" –mundo de pensamiento- de Fleck, equivale al grupo social de Durkheim, mientras que el estilo de pensamiento de Fleck son las representaciones colectivas de Durkheim, la guía que educa la percepción individual y produce la acumulación de pensamiento –un bien común y compartido-. M Douglas llamará a los primeros "instituciones" y a los segundos memoria pública.

j. Pongamos un ejemplo: hasta el descubrimiento del telescopio la tierra para occidente era plana, y la teología y la ciencia así lo creían, lo que en su dimensión práctica llevaba, entre otras cosas, hechos tan insólitos como que los navegantes no se aventuraran a alejarse de la costa para evitar el precipicio de la muerte. Esta creencia, limitaba la cognición y también la práctica.

Para entender estas ideas, evidentes por otra parte, he realizado un cuadro con los atributos y analogías de la categoría CIENCIA de K.R Popper frente a otra cosa que este autor llamaría "la miseria de la ciencia" —si se me permite parafrasear el trabajo que publicó K.R Popper<sup>38</sup>— para criticar a las ciencias sociales. Aunque parezca simple, el análisis estructural de los términos vinculados a estas categorías centrales —ciencia/no ciencia, es un claro reflejo de nuestro mundo de pensamiento actual o pensamiento hegemónico, aunque como es obvio, la gama de colores y matices es infinita —es más preciso decir variada—, porque en realidad las posibilidades de la cognición individuales no son infinitas, sino finitas y están circunscritas a unas condiciones contextuales e históricas

Esto es lógico si tenemos en cuenta que el sistema de pensamiento de la medicina —modelo hegemónico—, sólo es capaz de entender una parte del esquema, mientras que la otra mitad no forma parte explícita de su sistema cognitivo. Es decir, la experiencia y los valores son incompatibles con el sistema de pensamiento positivista.

Si aceptamos, según el pensamiento racionalista, que la ciencia se sitúa en la "derecha", debe observarse en este esquema, que la MBE toma de "el lado izquierdo" de la clasificación, las *creencias y valores* —de los usuarios, como si la cultura organizacional o los profesionales no se vieran influidos por las creencias y los valores—, y la experiencia del clínico —o evidencia interna—. Estas dos categorías, teóricamente básicas en el esquema de pensamiento de la MBE, forman parte de la demagogia del modelo y no se desarrollan en la práctica aunque se habla de ellas. Lo que realmente desarrolla el modelo de la MBE es la noción de prueba científica —clasificación de evidencias; véase el cuadro 1—, y la noción de eficiencia basada en pruebas científicas o uso óptimo de la mejor elección racional en un medio con unos recursos limitados. Esto es lógico si tenemos en cuenta que el sistema de pensamiento de la medicina —modelo hegemónico—, sólo es capaz de entender una parte del esquema, mientras que la otra mitad no forma parte explícita de su sistema cognitivo. Es decir, la experiencia y los valores son incompatibles con el sistema de pensamiento positivista. Por ello, la MBE

ha desarrollado exclusivamente un método para obtener pruebas "científicas" en la literatura circulante y no se ha preocupado de las otras dimensiones del modelo.

En el caso de la Enfermería, lo que sorprende es que se haya optado por el modelo de la MBE sin adoptar un posicionamiento crítico y reflexivo, sin haber contado con que su mundo de pensamiento, si bien es cierto que comparte con la

Clasificaciones y analogías	
Derecha	Izquierda
Fuera	Dentro
Hombre	Mujer
Medicina	Enfermería
Curar	Cuidado
Ciencia	No ciencia
Visible	Invisible
Experimentación (comprobación)	Creencias y valores
Objetivo	Subjetivo
Verdad científica	Creencia, filosofía, fe
Cuantitativo	Cualitativo
Universal	Particular
Positivismo lógico	Sincretismo sociocrítico fenomenológico: reflexión
Racional	No racional
Prueba	Intuición, experiencia
Experimental	Cotidianidad
Pruebas experimentales o evidencias	Pruebas no experimentales no son evidencias
Eficiencia (Recursos limitados)	Satisfacción
Autoridad	Sin autoridad
Control	Decisiones libres
MBE y EBE	¿?

Cuadro 2  
Dicotomías del mundo del pensamiento racionalista

medicina una parte de su orientación, es diferente tanto en su objeto de estudio como en los modos de abordarlo, habitualmente desde el sincretismo.

### Una propuesta para Enfermería

La solución ya se ha perfilado a lo largo del texto. No hay duda de que la propuesta de una EBE sólo puede hacerse desde el sincretismo y la ruptura del monismo metodológico de la "prueba científica experimental" justificadora de la práctica. La reflexión y la crítica vertidas más arriba, conducen al pluralismo metodológico y al marco conceptual de la Enfermería.

#### 1. Práctica basada en la evidencia (pruebas)

- 1.1 Hallazgos de la investigación: Síntesis mediante metaanálisis y revisiones sistemáticas (modelo de la MBE).
- 1.2 Datos de ejecución (mejora de calidad y funcionamiento): informes, evaluación de programas, evaluación de proyectos de mejora de calidad, grupos focales, cuestionarios, etc.
- 1.3 Recomendaciones de reconocidos expertos.
- 1.4 Datos de la experiencia como narraciones clínicas, resultados de proceso, etc.

#### 2. Bases conceptuales y filosóficas para la práctica.

- 2.1 Misión, valores y visión de la organización.
- 2.2 Modelos de práctica profesional.
- 2.3 Bases conceptuales no contrastadas.
- 2.4. Cuerpo ético y códigos profesionales.

#### 3. Bases que regulan la práctica: Leyes, reglamentos, etc.

4. Bases tradicionales de la práctica: Rituales y principios no verificados, anécdotas y experiencias aisladas, costumbres, opiniones y cultura.

Cuadro 3  
Bases para la práctica de Enfermería  
(tomado de Stetler y adaptado)

cuando hay detrás un claro sistema de pensamiento reflexivo y crítico, con un objetivo explícito.

*¿Qué significa esta segunda opción? Veamos el siguiente silogismo:*

1. Que el marco conceptual de la Enfermería está situado a la izquierda

(véase cuadro 2), junto a términos como cuidado, creencias, valores, satisfacción, etc.

2. Que no se pueden negar las bases conceptuales de las enfermeras —metaparadigma de enfermería—.

3. Que el modelo de la MBE puede ayudar a integrar, que no eliminar, algunas dimensiones que la Enfermería tiene poco desarrolladas, siempre y cuando se asuman los dos anteriores axiomas.

### La utilidad de una EBE en la Enfermería

Partiendo de la segunda opción, es decir, la que supone la reflexión integradora —sincretismo sociocrítico<sup>k</sup> fenomenológico<sup>l</sup> de las distintas dimensiones de la Enfermería, el enfoque de la MBE aporta los siguientes elementos a las enfermeras:

1. Permite la comprensión explícita del pensamiento hegemónico positivista de una manera consciente, asumiendo sus mitos y limitaciones.

k. Es una visión crítica (crítica de la economía política y crítica de la razón instrumental) apoyada en la Escuela de Frankfurt, cuya intención es transformar el mundo sustituyendo las utopías positivas: neutralidad, universalismo, objetividad.

l. La fenomenología de Husserl (1859-1938), hace énfasis en la subjetividad, en la intencionalidad de la acción humana. Su método concede primacía a la conciencia, a partir de la cual se construye tanto el mundo objetivo como la intersubjetividad, aquella subjetividad surgida en la interacción dialógica.

2. Hace posible el dominio del pensamiento hegemónico, lo que a su vez lleva aparejada la posibilidad de intervenir de manera activa en la toma de decisiones en el mundo de la salud —eficiencia y pruebas experimentales—, de tal manera que hace compatible la visibilidad de categorías invisibles situadas a la izquierda del cuadro 2 —por ejemplo, las enfermeras anglosajonas están utilizando el pensamiento hegemónico para demostrar que la *satisfacción* de los usuarios del sistema de salud es mayor cuando es dada por enfermeras frente a médicos con las mismas responsabilidades—.

2. Hace posible el dominio del pensamiento hegemónico, lo que a su vez lleva aparejada la posibilidad de intervenir de manera activa en la toma de decisiones en el mundo de la salud —eficiencia y pruebas experimentales—, de tal manera que hace compatible la visibilidad de categorías invisibles situadas a la izquierda del cuadro 2 —por ejemplo, las enfermeras anglosajonas están utilizando el pensamiento hegemónico para demostrar que la *satisfacción* de los usuarios del sistema de salud es mayor cuando es dada por enfermeras frente a médicos con las mismas responsabilidades—.

3. El discurso de la evidencia es portador de poder y legitima la práctica y las decisiones de quien se apoya en él. Por tanto, la evidencia en Enfermería es un instrumento poderoso al servicio de las enfermeras clínicas y gestoras del cambio de la organización.

4. El método de revisión de la MBE pone al servicio de las enfermeras toda la literatura científica circulante, sea cual fuera el área de conocimiento de la que proceda. Ayuda, por ello, a romper con la endogamia cognitiva e intradisciplinar.

### Un enfoque dirigido a la práctica o pragmático

Desde este enfoque, y con las intenciones que explícitamente se han formulado, los esfuerzos de las enfermeras que decidan aventurarse por el camino de la evidencia deben dirigirse hacia:

1. Conocer y comprender el modelo de revisión de la literatura científica que promueve la MBE, es decir, la investigación secundaria basada en la revisión crítica de la producción científica circulante.

2. Usar las fuentes secundarias que recopilan las mejores pruebas cuantitativas circulantes, como por ejemplo la *Cochrane Library*, *Best Evidence*, etc., para localizar pruebas científicas ya elaboradas.

3. Focalizar todos los esfuerzos en la implementación, esto es, aplicar las pruebas científicas en la práctica de la Enfermería. No perder el tiempo en elaborar revisiones sistemáticas o en realizar complejas investigaciones secundarias. Actualmente, contamos con tantas pruebas científicas que es casi imposible aplicarlas en su totalidad. Ahora bien, ¿por cuáles pruebas comenzar?:

3.1 Pruebas de gran potencia y que no estén sometidas al cambio constante.

3.2 Pruebas que sean compatibles con la cultura organizacional.

3.3 Pruebas que sean compatibles con los recursos disponibles.

3.4 Pruebas que sean compatibles con el sistema de pensamiento de las enfermeras.

Dentro de estas grandes categorías tenemos algunas pruebas útiles para comenzar: la mayor satisfacción de los usuarios cuando son tratados por enfermeras frente a médicos en atención primaria con las mismas responsabilidades; la eficacia de los programas educativos a pacientes asmáticos entrenados por enfermeras en el abordaje de las crisis de asma —reduce la gravedad del cuadro clínico—; la reducción de las infecciones hospitalarias cuando la ratio enfermera-paciente es adecuada e igualmente en cuidados intensivos; la efectividad de los programas; promoción de lactancia materna para la

salud infantil —coste-efectivos—; la reducción de la ansiedad y de las complicaciones postquirúrgicas en pacientes que han recibido una intervención de Enfermería<sup>m</sup>, etc.

Es evidente que antes de buscar pruebas científicas marginales, sería interesante incorporar estas y otras evidencias potentes en la práctica de las enfermeras.

Y ya para terminar, creo que es posible definir una Enfermería basada en evidencias como *el uso consciente y explícito, desde el mundo de pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica*. El manejo de la información y la investigación secundaria, son aquí medios de conocimiento puestos al servicio de las enfermeras que estén dispuestas a visibilizar su fundamental labor en las instituciones de salud. **P**

## BIBLIOGRAFÍA

- [1.] Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia: Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Index de Enfermería; 2001.
- [2.] Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. Br. Med J 1996; 312: 71-2.
- [3.] Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Londres: Churchill Livingstone; 1997.
- [4.] Rosenberg W., Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. Br. Med J 1995; 310: 1122-1126
- [5.] Díaz Vasquez Carlos A. Advertencia sobre el uso del T.E.S.A. En: Thesaurus de la evidencias sobre asma (T.E.S.A); <http://www.respirar.org/tesa/tesa1k.htm>, mayo de 2002.
- [6.] Muir Gray JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia: Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill L.; 1997.
- [7.] Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin 1995; 105: 740-743.
- [8.] Sanz Rubiales A, Valle Rivero ML, Garavís Vicente M. Medicina basada en la evidencia ¿No hay una traducción mejor? Med Clin 1999; 112: 119.
- [9.] Cortina A. Crítica y utopía: la escuela de Franeftort. Madrid: Cincel; 1985.
- [10.] Elías N. Conocimiento y poder. Madrid: Ediciones la Piqueta; 1994.
- [11.] Gol-Freixa JM, del Llano Señarís E. El fenómeno de la medicina basada en la evidencia. Med Clin 1999; 112(Supl 1): 3-8.
- [12.] Foucault, M. Estrategias de poder. Barcelona: Paidós; 1999.
- [13.] Foucault M. Entre filosofía y literatura. Barcelona: Paidós; 1999.
- [14.] Ellis J, Mulligan L, Rowe J, Sackett DI. Inpatient general medicine is evidence based. Lancet 1995; 346: 407-10.
- [15.] Brotons Cuixart, C. Medicina basada en la evidencia: un reto para el siglo XXI.

Y ya para terminar, creo que es posible definir una Enfermería basada en evidencias como *el uso consciente y explícito, desde el mundo de pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica*.

m. Obsérvese que todas estas evidencias —pruebas—, se centran en el bienestar del paciente y en la prevención de complicaciones. Este es, a mi parecer, el primer escalón a abordar en la construcción de una Enfermería basada en evidencias.