

**LA CONCEPCIÓN DE VERDAD EN LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:
REFLEXIONES DESDE LA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA**

DIANA CAROLINA TAMAYO FUQUEN

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA – DEPARTAMENTO
DE HUMANIDADES**

BOGOTÁ DC- COLOMBIA 4 DE MARZO DE 2023

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad: El Bosque

Facultad: Departamento de Humanidades

Programa: Maestría en Filosofía de la Ciencia

Título: La concepción de verdad en la Medicina Basada en la Evidencia: reflexiones desde la filosofía de la ciencia

Línea de investigación: Filosofía de las Ciencias Naturales

Tipo de investigación: Posgrado

Estudiante: Diana Carolina Tamayo Fuquen

Director de trabajo de grado: Profesor Gustavo Silva

Jurado (s) / Institución: Profesor Edgar Eslava – Universidad El Bosque

Profesora Ingrid Mora – Universidad El Bosque

No. Acta de aprobación: Acta No. 5, marzo 3 de 2023

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LÓPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rectora
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrectora Académica
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones
CRISTINA MATIZ MEJÍA	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
CAMILO DUQUE NARANJO	Director Departamento de Humanidades

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

La concepción de *verdad* en la Medicina Basada en la Evidencia: reflexiones desde la filosofía de la ciencia

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) emergió al cierre del siglo pasado como la corriente que procuró un nuevo paradigma en la práctica médica, apelando a un énfasis más científico – positivista. El uso preferente de evidencia obtenida a través del método científico, desde luego, busca el beneficio de pacientes y comunidades, sin embargo, la pretensión de la verdad como objetivo no es del todo clara. Dos preguntas guían la presente reflexión: ¿la evidencia es sinónimo de verdad o por lo menos un camino para llegar a ella? y ¿la MBE procura una aproximación a lo que es verdadero en medicina más allá de sustentar decisiones? Dar respuesta a estas inquietudes constituye el objetivo de este trabajo, vía revisión y reflexión de literatura propia de a filosofía de la ciencia y de la MBE propiamente dicha. En la epistemología misma de la MBE, su causa científicista, se encuentran críticas asociadas a potenciales sesgos, *integración epistémica* y *legitimidad de epistemes* en medicina. Se encuentran en las teorías de la verdad, visiones que contribuyen a identificar la concepción de verdad en la ciencia y de ahí, hacia la verdad en la MBE, particularmente con asiento en las propuestas de James, Hempel y Popper. Asimismo, desde la visión clásica, la visión de *phronesis* propuesta por Aristóteles parece ilustrar el uso y la contribución de la MBE a un ejercicio virtuoso de la medicina, más allá de la verdad como fin en sí mismo.

Palabras clave: verdad, Medicina Basada en la Evidencia, filosofía de la ciencia, *phronesis*.

Key words: *Truth, Evidence-based medicine, Philosophy of sciences, phronesis.*

1. La Medicina Basada en la Evidencia: su visible influencia y su epistemología base

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) emergió al cierre del siglo pasado como la corriente que reclamaba las banderas de un nuevo paradigma en la práctica médica, apelando al uso de la mejor evidencia disponible conducente a un proceso de toma de decisiones más sólido en beneficio de los pacientes. Para algunos, fue todo un hito en la medicina contemporánea (Guyatt, et al. 1992 y Ghinea, 2022).

Sin que sea explícito en la publicación pionera de Guyatt. y cols. (1992), podría sugerirse que el cambio de paradigma surge en la medida en que ese proceso de toma de decisiones se da a partir de la evidencia obtenida a partir de múltiples observaciones —estudios experimentales bajo estrictas condiciones de control en los que participa un gran volumen de sujetos o pacientes—, para implementar las conclusiones en el escenario clínico de un individuo en particular. Algo esencialmente diferente a una práctica en la que casos únicos —anecdóticos— son usando para tomar decisiones extendidas a un mayor volumen de pacientes, como se daría en una práctica basada exclusivamente en experiencias y opiniones previas y propias del decisor. El cambio de paradigma se expresa la aplicación de resultados de observaciones múltiples a casos únicos, en vez de usar como referente lo particular para llevarlo a lo general (Greenhalgh, 2016).

La intención de procurar una práctica médica orientada por la evidencia busca, desde luego, implementar intervenciones eficaces y seguras en la práctica clínica. Tal interés se hizo particularmente relevante tras los graves eventos adversos neonatales sucedidos por la exposición en gestación a la talidomida en las décadas de los cincuenta y sesenta del siglo pasado. Habiéndose comercializado como un fármaco para mitigar náuseas y otros síntomas asociados al embarazo, se suscitó una pandemia de alrededor de diez mil casos de defectos congénitos —principalmente focomelia (ausencia o malformaciones en las extremidades), además de defectos en corazón, riñones y sistema nervioso y hasta 15% de casos fatales— en diferentes países en los cinco continentes. El nacimiento de niños con tales malformaciones tuvo implicaciones no solo en la esfera puramente física y las discapacidades asociadas, sino además consecuencias sociales adversas para estos niños, como el abandono de su propia familia además de la marginación en sus comunidades. Análisis en retrospectiva identificaron que los estudios realizados previos a la comercialización del fármaco eran insuficientes para asegurar su eficacia, seguridad y un balance riesgo-beneficio aceptable: distan, por mucho, de los estándares actuales de la investigación biomédica. A partir de tales episodios, las agencias regulatorias y los decisores sanitarios demandaron evidencia y estudios clínicos de carácter experimental más rigurosos que dieran cuenta de la eficacia y seguridad de las intervenciones (Ghinea, 2020 y Chávez, 2009).

Además del privilegio de la evidencia para la toma de decisiones médicas —hasta un alcance más extendido de decisiones en salud, en general—, la MBE impuso también una estructura

metodológica detallada y casi taxativa sobre cómo hacer esa aproximación a la evidencia: la búsqueda, la selección, la lectura, el análisis, la interpretación y la decisión clínica asociadas a la evidencia tienen, cada una, una lista de pasos y herramientas sobre cómo se deben conducir. Esta rigurosidad metodológica, desde luego, procura brindar al decisor mejores recursos y argumentos para soportar sus decisiones.

Operativamente, un ejercicio de la MBE parte desde la formulación adecuada de la pregunta que surge a partir de un evento clínico —diagnóstico, tratamiento, pronóstico, impacto económico, etc.—. Una vez formulada la pregunta, se ha de conducir una búsqueda sistemática de la literatura que responda dicha pregunta. La MBE ha procurado toda una serie de criterios, estrategias, fuentes y recursos para encontrar la literatura médica pertinente para la pregunta. Habiendo identificado el o los artículos, la MBE precisa un ejercicio de apreciación crítica de la literatura, que se concentra principalmente en la identificación de sesgos en las investigaciones y la evaluación de calidad de las mismas; ello implica, desde luego, el dominio de conceptos epidemiológicos y de metodología de la investigación científica médica para poder conducir tal evaluación. El tipo de diseño de los estudios, desde la perspectiva de la MBE, conlleva la categorización de niveles de evidencia, siendo los diseños experimentales y los meta-análisis de estos lo que representan el mayor nivel, mientras que diseños observacionales, los reportes de casos y la opinión de expertos se hallan en los niveles más bajos de evidencia. La MBE prevé criterios de evaluación de calidad propios de cada diseño. Una vez superada la evaluación de calidad, se pasa a la apreciación de la magnitud del efecto encontrado en los resultados —que se juzgará en el contexto del tipo de diseño del estudio, la patología misma y el comparador si se trata de un diseño analítico— lo que exige, además de bases epidemiológicas, fundamentos de bioestadística. Habiendo aceptado que ciertos artículos, o al menos uno, responden a la pregunta clínica planteada, la MBE considera que se debe examinar qué tan aplicables son los resultados al contexto clínico del paciente o la población en concreto a quienes se pretende aplicar tales resultados; de tal suerte que, en este punto, la MBE invita a considerar el contexto local, las particularidades del escenario clínico puntual y las preferencias mismas del paciente para decidir si los resultados de los estudios seleccionados son aplicables.

La MBE ha conducido a la producción de guías de práctica clínica y se ha hecho relevante para las decisiones de gobernanza en materia sanitaria y formulación de políticas públicas con base en estándares para el cuidado de la salud; tales estándares han permitido identificar la variabilidad en la práctica médica, han ofrecido también estándares legales y han influenciado la agenda de investigación biomédica. Es así como se ha convertido en una herramienta crítica para tomadores de decisiones en salud tanto en el escenario clínico como por parte de agencias gubernamentales evaluadoras de tecnologías sanitarias y formuladoras de política pública (Vere y Gibson, 2019 y van Baalen y Boon, 2015).

1.1. Tensiones epistemológicas en la Medicina Basada en la Evidencia

La MBE, pese a su rigor metodológico y genuina intención, no está exenta de críticas, desde su concepción misma hasta su aplicación: los intereses económicos que condicionan la investigación y la información médicas, los sesgos de publicación, los criterios y consideraciones asociados a la revisión de literatura e incluso la caracterización de revistas de difusión como "indexadas" y "no indexadas" donde se hace difusión de la evidencia y, desde luego, hasta donde se da aplicación en el ejercicio clínico real (Timio y Antiseri, 2000 y Henao y Jaimes, 2009).

Además de las inquietudes sobre sesgos de publicación y criterios de apreciación de la evidencia, también se han postulado cuestionamientos sobre la naturaleza epistémica de la MBE. Algunos autores, incluso, han planteado que un problema epistémico en la MBE es un “problema de integración epistémica” (Lawson-Frost, 2019, p. 940), entendido como ese reto que representa la toma de decisiones o la implementación de enunciados a partir de un nivel general (promedio) derivado de una muestra y con base en guías de práctica clínica basadas en la evidencia, a un nivel individual de un paciente con un contexto propio a quien se debe ofrecer un consejo y considerar otros elementos en el juicio clínico (Lawson-Frost, 2019).

De hecho, a juicio de este autor, el problema de la integración epistémica hace parte de los desafíos aún no resueltos en la MBE, dado que implica poner sobre la mesa más allá de la evidencia propiamente dicha, otros elementos como las consideraciones éticas, así como los valores y preferencias del paciente, como parte de ese ejercicio de toma de decisiones basado en inferencias.

Esta misma visión del problema, para algunos autores, se entiende como un asunto de “responsabilidad epistémica” (van Baalen y Boon, 2015, p. 437), dado que la MBE viene siendo interpretada como el paradigma para la mejor práctica médica, pero no logra cubrir por completo la responsabilidad médica en esencia, que es la de hacer lo mejor por el paciente con sus habilidades (van Baalen y Boon, 2015).

Siguiendo esta misma línea de reflexión, Hutchinson y Rogers (2012) exponen una interesante reflexión sobre retos a la epistemología misma de la MBE, de naturaleza fiabilista¹, y retoman la pregunta sobre el tipo de conocimiento que requiere la práctica de la atención en salud (p. 988). En esta disertación, los autores describen cómo cierta corriente de interpretación de la MBE conduce a la producción y adopción de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, y su uso se proclama como el derrotero a seguir en el escenario de la atención en salud. Sin embargo, señalan que tales guías no deben ser la única fuente de conocimiento relevante a la hora de tomar decisiones clínicas. De hecho, las interpretaciones más genuinas de los pioneros de la MBE destacan que la intención no fue la de convertir el proceso de toma de decisiones en un fenómeno maquinizado, como tampoco la de reemplazar el *know-how* ni el criterio clínico tácito, sino, más bien, en incorporar y conectar tres ejes: la evidencia externa, la experiencia clínica y las preferencias del paciente. Entender y aplicar la MBE como recetario de cocina es un error que señalan estos autores (Hutchinson y Rogers, 2012, p. 988).

Bien sea desde la visión reflexiva de Lawson-Frost (2019), o desde la más crítica de Hutchinson y Rogers (2012), lo que parece emerger de manera consistente en los escrutinios sobre la epistemología de la MBE es el desafío irresoluto de traer la voz del paciente y su contexto como otra *episteme legitime* y a la par de aquella considerada evidencia (Djulgovic, et al. 2009).

Sobre la misma línea de reflexiones en torno a la epistemología de la MBE, surge incluso la pregunta al rededor del carácter científico propiamente dicho de la medicina. ¿Es la medicina una ciencia? se preguntan Vere y Gibson (2019) en *Evidence-based medicine as science*, mientras señalan que la MBE, en particular, ha reclamado ser una ciencia en múltiples ocasiones tanto que,

¹ Los autores en el texto original usan el término en inglés *reliabilist*.

hubo sugerencias sobre reemplazar la denominación MBE por medicina científica —idea que, a la postre, no fue aceptada pues daba a entender que la medicina previa a la MBE era no científica— (Vere y Gibson, 2019, p. 997).

Sin embargo, esta pretensión científica de la MBE se mantuvo y anima la discusión. En la medida en que el conocimiento científico ha sido considerado epistemológicamente superior a otras formas de conocimiento —por su sustento en el método científico para producir sus enunciados—, que la MBE se asuma científica les otorgaría a sus enunciados un estatus privilegiado frente a otras formas de conocimiento en medicina. Amparada en visiones inductivistas, falsacionistas, del paradigma Khuniano y de los propios programas de investigación, la MBE reclama su carácter científico, mientras que, desde algunas perspectivas sostienen que una base esencialmente experimentalista no asegura un carácter científico como tal (Djulgovic, et al. 2009 y Vere y Gibson, 2019). Con ánimo de zanjar esta discusión, lo que sí puede reconocerse y aceptarse, desde su concepción y hasta hoy, es que la MBE se desarrolló para promover una aproximación más científica en la práctica de la medicina (van Baalen y Boon, 2015).

Miradas más recientes, incluso, han reflexionado sobre la MBE y como tal sobre la evidencia en medicina desde perspectivas pos-positivistas. Desde estos enfoques, se da un reconocimiento al contexto, a los saberes previos y a los sesgos como determinantes de la interpretación de los “hechos” —la evidencia—, de tal suerte que la MBE no llega a sumar objetividad; más bien, conlleva el riesgo de nublar la subjetividad de otros determinantes involucrados en las decisiones humanas, incluyendo las decisiones en salud. Este perfil de miradas —feministas, fenomenológicas y hasta políticas— destacan que la evidencia en medicina, así como otros conocimientos reconocidos hoy como científicos, son conocimiento situado (Goldenberg, 2006).

No obstante, mientras más se avanza en el entendimiento de la MBE, sus recursos y su objetivo orientado al asunto de la toma de decisiones (Guyatt, et al. 1992 e IETS, 2020) la verdad no se identifica como fuente, objetivo, conclusión o al menos ambición dentro de la narrativa de la MBE. De acuerdo con algunos enfoques más plurales desde la filosofía de la ciencia como los que propone M. Goldenberg (2006), aquello que es “basado en evidencia”, no solo en medicina sino también en ciencias biológicas o sociales, implica la adecuación empírica a un estándar y una

práctica razonable procurando elevar la certidumbre (Goldenberg, 2006), una visión que podría interpretarse cercana a la aproximación a la verdad.

Si se aceptara como premisa una asociación de la MBE con el paradigma positivista de la ciencia y de la medicina misma (Goldenberg, 2006 y Aching-Balarezo y Pino, 2017), se llega a la inquietud de la búsqueda de la verdad: ¿la evidencia es sinónimo de verdad o por lo menos un camino para llegar a ella? y, retomando el escenario puntual de la medicina, ¿la MBE procura una aproximación a lo que es verdadero en medicina más allá de sustentar decisiones? Dar respuesta a estas inquietudes constituye el objetivo de este trabajo, vía revisión y reflexión de literatura propia de a filosofía de la ciencia y de la MBE propiamente dicha.

2. La concepción de verdad en la ciencia y su lugar en la Medicina Basada en la Evidencia

En torno a la reflexión sobre la relación entre evidencia científica y verdad, vale la pena traer a la mesa voces tanto desde la orilla de la filosofía de la ciencia como de la de las teorías de verdad.

Hempel en *Filosofía de la ciencia natural* (2003) inicia con la reflexión del problema de la inducción y el papel de la experimentación. Mientras señala cómo la aproximación deductiva es, finalmente, la que prima en la investigación científica, dado que tras las hipótesis siempre hay una teoría general, conduce, acto seguido, también al entendimiento de la aproximación inductiva como su papel de soporte o para la formulación de hipótesis auxiliares. Sobre este punto aparece el énfasis sobre el propósito de la experimentación: heurístico sí, pero fundamentalmente contrastador de hipótesis. Desde luego, ese potencial de retar las hipótesis vía experimentación y la obtención de nuevos datos implica, *per se*, que nunca va a haber un escenario de certezas absolutas en la ciencia (Hempel, 2003, p. 16-37). Desde esta perspectiva, con la experimentación como bandera heurística, la verdad absoluta no es el fin en sí mismo de la ciencia, si bien sí podría serlo la búsqueda de un alto grado de certeza.

Propuestas de teorías de verdad por correspondencia como la de Austin se preguntan no tanto por la verdad en sí misma, sino por la cualidad de ser verdadero, particularmente de elementos del lenguaje como enunciados, proposiciones y las palabras mismas. Ello para llegar a la noción de

que se está frente a un enunciado verdadero cuando hay un estado de cosas que lo hace verdadero. Sin embargo, desde esta perspectiva, la verdad de los enunciados depende de las palabras mismas. En esta misma línea de verdad por correspondencia, clásicamente asociadas a la ciencia, Carnap destaca que los principios del proceder científico descartan la posibilidad de un conocimiento perfecto, pero no de la verdad (Nicolás y Frápolli, 1997, p. 207-224). Sin embargo, cuando se busca alinear esta visión con el marco de la MBE, quedan algunos vacíos, dado que el sustrato mismo de la MBE es, en esencia, la evidencia más que el lenguaje mismo y, un segundo vacío más inquietante es cómo entender la verdad cuando no hay evidencia.

En esta línea de reflexiones, las teorías fenomenológicas de la verdad pueden ofrecer una mejor aproximación. La propuesta de Husserl (Nicolás y Frápolli, 1997, p. 323-334) resulta particularmente relevante, en cuanto plantea el ideal de la adecuación entre evidencia y verdad: “en este sentido puede hablarse con buen sentido de grados de evidencia” (Nicolás y Frápolli, 1997, p. 323-334). Se encuentra en esta, una propuesta decididamente asociada a lo que en MBE se conoce como niveles de evidencia, ubicando en la cúspide de la pirámide a aquella procedente de los diseños experimentales más sofisticados y rigurosos y que, por ende, ofrecen más confianza para la toma de decisiones. Sin embargo, grados de evidencia no representan necesariamente grados de verdad, más sí ofrecen correlación con grados de certeza, o lo que en epidemiología se conoce como niveles de confianza estadística —denominación usual y de amplio uso en la investigación clínica, la literatura biomédica y la interpretación de conclusiones de estudios en salud de diversos diseños—.

Con los desafíos que expone la producción de evidencia y el ejercicio mismo de la MBE, puede que la noción de verdad desde el pragmatismo, como la propuesta de W. James represente una ruta adecuada para hallar la verdad en la MBE. “Ideas verdaderas son las que podemos asimilar, hacer válidas, corroborar y verificar; ideas falsas, son las que no” (Nicolás y Frápolli, 1997, p. 27) se encuentra en esta propuesta, de tal suerte que la verdad se hace cierta por los acontecimientos: en medicina, vendría siendo por la evidencia (Nicolás y Frápolli, 1997, p. 27).

Sobre esta misma línea de pensamiento pragmático, puede alinearse la visión de K. Popper. En *La lógica de la investigación científica* (1980) el autor cuestiona, de entrada, la legitimidad de hacer

inferencias universales a partir de observaciones particulares que, en todo caso, son limitadas (Popper, 1980, p. 27-54). Asimismo, se presentan cuestionamientos sobre la experiencia —esencia del experimento— como fuente de verdad. A juicio de K. Popper, a lo sumo habría verdad solo para enunciados particulares (Popper, 1980, p. 27-54). Es así como, desde esta propuesta, una verdad absoluta no es científica. Ese es el sustrato del criterio de falsabilidad que expone K. Popper, con el cual se consideran como científicos aquellos enunciados que conserven el potencial de ser contrastados por vía de lo que el propio autor describe como método empírico (Popper, 1980, p. 27-54). Esta propuesta, guarda cierta cercanía con la cotidianidad de buena parte de la evidencia más sofisticada de la MBE (metaanálisis clásicos, metaanálisis en red, revisiones sistemáticas de literatura, tópicos analizados críticamente) que llega, con cierta frecuencia, al resultado de no ser concluyente y que se requieren más estudios.

De hecho, retomando la mirada sobre la epistemología de la MBE, autores que han reflexionado al respecto señalan que esta se halla atravesada, en esencia, por la falsación propuesta por K. Popper: la teoría de la MBE debe ser falsable si aspira a ser considerada de carácter empírico y científico (Timio y Antiseri, 2000, p. 412).

La verdad entra en la escena de la toma de decisiones médicas como una función de un mapa cognitivo dado, de acuerdo con cierta interpretación de la idea aristotélica de *techne*: un arte informado por el conocimiento técnico (Gillett, 1995 y Caponi, 1996). De acuerdo con la reflexión de Gillett G. (1995), en lo que define como el “retorno a la *techne*”, la verdad se ve reducida a un coloquio de aquellos enunciados validados con un discurso particular, de manera que la verdad tolera diferentes variedades de enunciados sin la presión de ajustarse unos a otros, dado su anclaje a diferentes discursos matriz. Así, la medicina puede tolerar una multiplicidad de verdades, no obstante, se requieren ciertos límites dentro de lo que es legítimo en metodología y teoría en la práctica clínica (Gillett, 1995, p. 293). Puede ser la visión pragmática de la verdad la que esté inmersa dentro del constructo de la MBE.

3. La toma de decisiones en salud y la Medicina Basada en la Evidencia

Retomando la pregunta sobre la MBE como fuente de verdad, más allá de su rol sustentador de decisiones, aparecen reflexiones contemporáneas de la MBE hasta reflexiones aristotélicas clásicas.

La aproximación de la MBE pretende que con el uso de la mejor evidencia disponible se dé una mejor toma de decisiones médicas y es, justamente, el asunto de cómo se da ese proceso de toma de decisiones lo que abre un nuevo frente de reflexión en esta disertación. Poner la lupa sobre este proceso representa un reto en sí mismo a la epistemología médica. Críticos del evidencialismo (Ghinea, 2020) señalan que la toma de decisiones en medicina no puede reducirse a una única base —la evidencia— dado que los fenómenos clínicos involucran múltiples variables y los pacientes no siempre se ajustan a las categorías predefinidas por la evidencia. De ahí que, la toma de decisiones en la vida real, en esos momentos críticos, implica la inclusión de otros elementos en esa ecuación: moral, naturaleza pasional, sensibilidad y satisfacción; es decir, elementos que exceden el asunto de la evidencia, no sobre todo se exige una prueba sensible, no todo es objetivo, de tal suerte que, eventualmente, la racionalidad —homologada a la evidencia— entraría como un componente solo para agregar una suerte de sensación de control (Ghinea, 2020, p. 448).

Esta visión de una racionalidad como elemento agregado, más no como núcleo de la toma de decisiones, bien puede compartir algunos elementos con las descripciones que ofrece la ética aristotélica sobre ciertas conductas medicas que funcionan como prototipo de ciertas virtudes. En el libro II de *Ética a Nicómaco* (Aristóteles, 2005) se señalan lo que a juicio de Aristóteles son las tres motivaciones que conducen a una elección: lo honesto, lo útil y lo suave. Todos ellos, atributos que, no necesariamente están asociados a una racionalidad exclusiva o teóricamente “pura”, si es permitido el término, sino más bien a un ejercicio de búsqueda de virtud, la cual, según el mismo texto, conlleva voluntad, razón y prudencia. Un ejercicio práctico de la razón (Aristóteles, 2005. p. 75-93). Es así, como desde esta visión aristotélica, el ejercicio práctico de la razón y de la prudencia como eje de la toma de decisiones, resulta un deber ético. Como parte de las reflexiones, cabría preguntarse si ¿es la MBE una medicina ejercida por profesionales virtuosos?

En este punto bien se puede retomar el asunto de esa tensión que se da entre la producción e interpretación de la sofisticada evidencia biomédica y la aplicación en el escenario específico de la toma de decisiones clínicas de cara al paciente (Lawson-Frost, 2019 y Hutchinson y Rogers, 2012) —problema de integración epistémica o responsabilidad epistémica—. Eventualmente, la aproximación ética y el énfasis en esa *phronesis* (prudencia), que se asocia típicamente con el comportamiento médico (Aristóteles, 2005 y Rodríguez, 1993) pueda ser la vía para zanjar el dilema. Entendido como un hábito intelectual práctico y de carácter racional (Rodríguez, 1993, p. 43), un comportamiento prudente estaría en consonancia con un apego por hacer uso de la mejor evidencia disponible en procura de contar con mejores argumentos para tomar decisiones, a la vez que implica un ejercicio, proactivo y ejecutivo, que se da por la experiencia *per se*, por el uso de una racionalidad práctica (Zagal, 2018) y que busca el beneficio, lo oportuno y lo conveniente para el paciente.

La aproximación prudente en la toma de decisiones implica un saber práctico que, además, devuelve la verdad al corazón de esta reflexión: la acción del hombre prudente es “verdadera prácticamente” señala Zagal (2018, p. 214) en su análisis de la propuesta aristotélica. De hecho, una interpretación que puede darse del texto de Zagal (2018) es que mientras las ciencias naturales procuran conclusiones universales, la razón práctica y la prudencia apuntan a situaciones particulares: la medicina exige las dos.

A partir de esta serie de consideraciones y reflexiones en torno a las propuestas de autores precedentes, se encuentra que es pertinente profundizar en los cuestionamientos y análisis sobre la MBE y su intención de posicionamiento como paradigma científico en la práctica médica, en la identificación de los elementos de su epistemología que la asocian o la apartan de la pretensión de verdad y, desde luego, en el entendimiento de cómo se da —o no se da— su aplicación práctica en el escenario vivo de la toma de decisiones clínicas frente al paciente. La literatura expone que son aún desafíos no resueltos, por lo que se encuentra legítima la propuesta de abordarlos de la perspectiva de la filosofía de la ciencia.

4. Conclusiones

La MBE sí se fundamenta en la evidencia obtenida a través del método científico, pero no es ciencia en sí misma cuando se lleva al plano de la toma de decisiones en salud, pues ese ejercicio involucra elementos del contexto social y personal del individuo (paciente) que escapan al alcance del diseño de los estudios biomédicos. Desde luego, su propósito es loable, toda vez que pretende ofrecer mejores herramientas para la toma de decisiones médicas, es decir, procura un fin práctico, no un fin teórico propio de la ciencia: no busca la verdad. Eventualmente la ofrece, pero no es su objetivo en sí mismo.

Si de alguna verdad se trata, eventualmente, un proceso de toma de decisiones médicas cuyo sustrato sea la prudencia puede representar la pretensión más cercana a tal ambición: una verdad práctica. Esta emergería, en esencia, producto de ese proceder prudente, más que de la MBE como tal. La MBE alimenta un ejercicio prudente de la medicina, pero no es del todo el imperativo, la causa o el fundamento de una decisión clínica que se etiquete como basada en la verdad.

La MBE parece llegar al escenario de la toma de decisiones clínicas como un elemento reforzador de argumentos (Ghinea, 2020), más no como el principio o la base de la práctica médica como tal; mucho menos como la corriente, la disciplina o el recurso que pueda reclamar la posesión de la verdad. De hecho, si se considera la perspectiva popperiana, reconocer la ausencia de certezas es lo que concedería a la MBE el “privilegio” de mantener para sus enunciados la etiqueta de “científicos”, una postura alineada con la noción pragmática de verdad que, en últimas, en caso de vacíos, el médico puede resolver vía *phoresis*.

Referencias

- Aching-Balarezo D, Pino Andrade R. (2017). Paradigmas en la medicina y las ciencias de la salud a través del tiempo. *Rev. Med Ateneo*.19(2): 186-201.
- Aristoteles. (2005) [2001]. *Ética a Nicómaco*. Editor: José Luis Clavo Martínez. Alianza Editorial. Madrid. ISBN: 84-206-3928-1.
- Caponi S. (1996). La ciencia y la condición humana. *Transformação*.19: 103-14.

- Chávez Viamontes, José Ángel, Quiñones Hernández, Judith, & Bernárdez Hernández, Oscar. (2009). Talidomida, contextos históricos y éticos. *Humanidades Médicas*, 9(3) Recuperado en 16 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202009000300007&lng=es&tlng=es.
- Djulgovic B, Guyatt G, Ashcroft R. (2009). Epistemologic Inquiries in Evidence-Based Medicine. *Cancer Control*. 16 (2): 158-68.
- Greenhalgh T. (2016). Capítulo 1. ¿Para qué molestarse en leer artículos científicos? En: *Cómo leer un artículo científico. Las bases de la medicina basada en la evidencia*. Polonia: Elsevier España; p. 1-14.
- Ghinea N. (2020). A return to reasonableness and virtue in medical epistemology. *J Eval Clin Pract*.(26): 447-51.
- Gillett G. (1995). Virtue and truth in clinical science. *The journal of Medicine and Philosophy*.20: 285-98.
- Goldenberg M.J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: Lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine*.62: 2621-32.
- Guyatt G, Cairns J, Churchill D. (1992). Evidence-Based Medicine A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*. 268 (17): 2420-5.
- Hempel C.G. (2003). *Filosofía de la ciencia natural*. Alianza Editorial..
- Henaó D.E., Jaimes F.A. (2009). Medicina basada en la evidencia: una aproximación epistemológica. *Biomédica*.29: 33-42.
- Hutchinson K, Rogers W. (2012). Challenging the epistemological foundations of EBM: what kind of knowledge does clinical practice require? *J Eval Clin Pract*.18: 984-91.
- IETS. (2020). ¿Qué es el IETS? [Internet].; 2020 [cited 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.iets.org.co/IETS/IETS.aspx>.
- Lawson-Frost S. (2019). An epistemological problem for integration in EBM. *J Eval Clin Pract*. (25): 938-42.
- Nicolás JA, Frápolli MJ. (1997). *Teorías de la verdad en el siglo XX*. España: Editorial Técnos.
- Rodríguez L. (1993). Felicidad y verdad práctica en Aristóteles. *Cuadernos salmantinos de filosofía*.20: 35-55.
- Timio M, Antiseri D. (2000). La medicina basata sulle evidenze: realtà ed illusioni. Estensione delle riflessioni epistemologiche. *Ital Heart J Suppl*.1 (3): 411-14.

van Baalen S, Boon M. (2015). An epistemological shift: from evidence-based medicine to epistemological responsibility. *J Eval Clin Pract.* 2015 (21): 433-39.

Vere J, Gibson B. (2019). Evidence-based medicine as science. *J Eval Clin Pract.* 25: 997-1002.

Zagal H. (2018). Apetito recto, prudencia y verdad práctica: las pautas de la eupraxía en la Nicomáquea. En: Mauri M, editor. *Aristóteles: revisión contemporánea de una ética clásica.*

Disponible

en:

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/122422/1/ARIST%
c3%93TELES.REVISI%
c3%93N%20CONTEMPOR%
c3%81NEA%20DE%20UNA%20%
c3%89TICA%20CL%
c3%81SICA.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/122422/1/ARIST%c3%93TELES.REVISI%c3%93N%20CONTEMPOR%c3%81NEA%20DE%20UNA%20%c3%89TICA%20CL%c3%81SICA.pdf)

f: Universitat de Barcelona; p. 196-221.