

Decisiones sanitarias: más allá de la evidencia científica

Las evidencias ni son siempre 100% objetivas ni, sí lo son, resultan tan valiosas para tomar decisiones. Así lo revela un estudio sobre la toma de decisiones sanitarias en Reino Unido.



28 de octubre de 2024

Una mujer joven es diagnosticada con un trastorno raro de los glóbulos blancos que requiere un tratamiento a largo plazo. Aunque este carece de evidencia científica, no existen

alternativas viables y suspenderlo podría acarrear graves consecuencias, por lo que el equipo médico decide continuar con el tratamiento. Es poco probable que perjudique a la paciente y, en cambio, ahorraría futuras intervenciones e ingresos hospitalarios, lo que sería rentable para el sistema de salud.

Este tipo de decisiones forman parte del día a día de los profesionales sanitarios, sobre todo tras la pandemia de COVID-19, con los presupuestos en salud tensionados en todo el mundo. Desde la selección de tratamientos más adecuados para cada paciente hasta el uso óptimo de equipos y recursos limitados, [la sostenibilidad de la atención sanitaria](#) en Occidente depende, en gran medida, de la capacidad de planificar, gestionar y coordinar servicios que optimicen la relación coste-calidad. De ahí que los directivos del sector se vean sometidos a una gran presión para tomar decisiones fundamentadas en datos y adoptar prácticas basadas en la evidencia. Pero ¿qué se entiende por “evidencia”?

En un capítulo sobre la toma de decisiones sanitarias en Reino Unido, incluido en el libro [Shaping High Quality, Affordable and Equitable Healthcare](#) (Palgrave Macmillan, 2023), el profesor del IESE [Manos Gkeredakis](#), junto con Davide Nicolini, Ila Bharatan, Rachel M. Manning y Jacky Swan, sostiene que lo que se considera como evidencia está sujeto a debate, conflicto y controversia, al igual que ocurre con temas con un amplio respaldo científico.

Los autores abogan por una comprensión más amplia e integral de la evidencia. Sostienen, también, que la forma más científica de evidencia no siempre es la más útil y puede que no influya en las decisiones de los profesionales sanitarios tanto como se suele suponer.

Jerarquías de la evidencia

La recopilación de evidencia sólida es fundamental para las políticas de salud, no solo para garantizar la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas sanitarios, sino también para mantener la [confianza pública en sus instituciones](#). Los debates recientes, como el uso de bloqueadores de pubertad para el colectivo transexual o si es justo tratar a fumadores y personas con obesidad, subrayan la necesidad de la sociedad de confiar en el valor de la atención basada en evidencias científicas sólidas.

Para su estudio, los autores clasificaron del siguiente modo la información evidencial que entra en juego en la toma de decisiones sanitarias:

- **Universal.** Pruebas clínicas y conocimientos ampliamente aceptados que pueden

aplicarse en diferentes contextos y áreas geográficas.

- **Local.** Datos recogidos en regiones concretas, a menudo relacionados con factores demográficos, recursos asignados o información financiera.
- **Translocal.** Ejemplos de buenas prácticas compartidas a través de historias, anécdotas o casos de estudio.
- **Basada en la experiencia.** Ideas obtenidas de las experiencias de pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios.

Cada tipo de evidencia plantea sus propios desafíos. La universal, aunque goza de gran prestigio, se da por sentada, lo que dificulta que se cuestione su aplicabilidad en ciertos contextos. La local, si bien se ajusta mejor a especificidades, puede estar sujeta a sesgos y datos incompletos, así como influenciada por la agenda política. La *translocal* suele carecer de credibilidad, al considerarse como anecdótica y poco relevante. Y la personal, pese a ser persuasiva, se descarta por su naturaleza subjetiva.

Quienes deciden en el ámbito sanitario deben afrontar esta complejidad. Y eso exige equilibrar los diversos tipos de evidencia con el fin de desarrollar políticas que sean tanto científicamente sólidas como apropiadas para el conjunto de la sociedad.

Caso a caso

Los profesionales sanitarios tienden a priorizar la evidencia científica universal; en parte, por la necesidad de justificar sus decisiones con pruebas sólidas y vinculadas a las directrices establecidas.

No obstante, un análisis en profundidad del razonamiento en las juntas médicas revela que la evidencia universal no siempre es el factor determinante en las decisiones. A veces, lo son factores como las preocupaciones locales o los prejuicios individuales, encubiertos bajo un lenguaje de la práctica clínica basada en la evidencia.

En el caso expuesto de los glóbulos blancos, a simple vista, pocos habrían cuestionado la decisión de continuar con el tratamiento, a partir de las evidencias universales; no había validación científica y el diagnóstico era incierto. Pero la decisión se vio influenciada por una preocupación local: la interrupción del tratamiento podía derivar en ingresos en la UCI, o sea, en un mayor coste económico.

En otro caso, la junta rechazó una solicitud de reducción de pecho por falta de datos sobre el índice de masa corporal (IMC). En realidad, tras esa decisión subyacía un escepticismo

respecto a los motivos reales del paciente: ¿no eran estéticos más que médicos? La referencia al IMC sirvió de barniz para una decisión más subjetiva, basada en sospechas.

Más allá de la objetividad científica

La cruda realidad es que las evidencias, en cierta medida, son políticas. No se “descubren”, sino que se construyen cuidadosamente a través de un proceso socialmente negociado y marcado por favoritismos y prejuicios personales. Así lo evidencia, por ejemplo, el hecho de que la investigación médica en temas de salud femenina suele ir a la zaga de la centrada en los hombres.

TAMBIÉN PUEDE INTERESARTE: [Una infrarrepresentación patente: por qué necesitamos más inventoras](#), donde Sampsá Samila señala cómo la presencia de más mujeres en equipos de innovación incrementaría las probabilidades de innovaciones centradas en la salud femenina.

En este contexto imperfecto, hay margen para integrar diferentes tipos de evidencia en la toma de decisiones. La local se muestra especialmente valiosa para tomar decisiones operativas y eficaces, mientras que la basada en la experiencia desempeña un papel crucial en el tratamiento y atención de pacientes con enfermedades raras, para quienes los datos científicos suelen ser limitados o no concluyentes.

Por ello, es fundamental reconocer la naturaleza multifacética de la evidencia: una combinación de criterios prácticos, morales y políticos, no solo científicos. Es clave abordar quién participa en la toma de decisiones, incluir a los responsables adecuados y dar cabida a todas las voces relevantes. Solo adoptando esta visión integral, los sistemas de salud podrán alcanzar decisiones más informadas y equitativas, y superar la ilusión de que la evidencia es puramente objetiva.

Sobre la investigación

El estudio analizó la toma de decisiones de las comisiones del Servicio Nacional de Salud inglés, el NHS, entre abril de 2013 y julio de 2022. Los grupos del ámbito clínico (CCG, por sus siglas en inglés) tenían a su cargo la obtención de los mejores resultados de salud posibles para sus respectivas poblaciones.

TAMBIÉN PUEDE INTERESARTE: [La decisión correcta: nuevo modelo para abordar dilemas éticos](#), en el que Manos Gkeredakis presenta un marco, también inspirado en los paneles del NHS, para saber la manera más "correcta" de actuar ante casos complejos y atípicos.



Manos Gkeredakis

Profesor de Operaciones, Información y Tecnología en el IESE. Sus áreas de interés son el *crowdsourcing*, la organización colectiva, las plataformas digitales multilaterales, la inteligencia artificial y la ética en la era digital.

www.iese.edu/es/insight