

Escuela Nacional de Salud Pública

ORIGEN E INTENCIONALIDAD DE LA EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

Rina Milagros Ramis Andalia¹

Dad a César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios.

SAN MARCOS, CAPÍTULO 12, VERSÍCULO 17

RESUMEN: La epidemiología clínica se comienza a conocer en los Estados Unidos antes del año 1958, a partir de un curso electivo que se brindaba a los estudiantes de Salud Pública y Medicina en la Universidad de Yale, al que denominaban Principios de Epidemiología o Epidemiología Clínica. Reemerge en la segunda mitad del siglo XX, con propósitos, contenidos y tecnologías deferentes, pero con iguales deseos de distinguirse de la epidemiología general. Esta epidemiología clínica reemergente está vinculada ideológicamente a la medicina basada en la evidencia (MBE) cuyos orígenes algunos autores sitúan en Francia, a mediados del siglo XIX, y su renacimiento en el siglo XX con posterioridad a la epidemiología clínica. Se señala a la epidemiología clínica la tendencia a magnificar los resultados y realizar inferencia de estos a otras poblaciones, así como la posición neopositivista y reduccionista que adopta en su relación con la epidemiología general, la clínica y el pensamiento científico actual en su contexto universal. Se expresa la necesidad de superar el reduccionismo como instrumento metodológico privilegiado en la ciencia disciplinaria. En esencia, se recomienda no esperar de la epidemiología clínica y de la medicina basada en la evidencia mucho más de lo que son capaces de dar y sobre todo no asumir que el experimento científico es el "estándar de oro" de la investigación científica ya que el conocimiento científico no es patrimonio exclusivo de un tipo específico de diseño de investigación o metodología científica.

Palabras clave: Epidemiología, epidemiología clínica, historia, medicina basada en la evidencia.

INTRODUCCIÓN

Cuando el doctor *John R. Paul*, publica en 1958 el primer libro que se conoce de Epidemiología clínica, reconoce que debe la idea de este al doctor *Peter P.H. De Bruyn*, médico y profesor de la Universidad de Chicago, y que parte del texto tiene como base un curso de instrucción que una docena de años antes, se brindaba a los estudiantes de Salud Pública y Medicina como curso electivo en la Universidad de Yale, curso al que denominaban "Principios de Epidemiología" o corrientemente llamado "Epidemiología clínica".¹

Participa en la preparación de su libro, especialmente en los aspectos estadísticos, el doctor *Colin White*, profesor asociado de Biometría del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale.

También agradece la colaboración de *Dorothy M. Hortsmann* y *Richard M. Taylor* ambos de la sección de Epidemiología y Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina de dicha universidad.

En los inicios de esta nueva forma de ver la epidemiología según opinión de *John R. Paul*, "el epidemiólogo clínico es al epidemiólogo estadístico, lo que un jardinero es a un granjero". Su visión de la epidemiología clínica lo lleva como médico-epidemiólogo a la familia, a las formas de vida más íntimas y lo aleja de los grandes problemas poblacionales, sin embargo reconoce que tanto la epidemiología clínica como la no clínica y sus principios, pueden formar parte del trabajo del médico.

Alvan R. Feinstein, renombrado bioestadístico clínico, es uno de los pioneros de la nueva era de la epidemiología clínica en la Universidad de Yale. *Feinstein* fue seguidor del

¹ Especialista de II Grado en Epidemiología. Master en Salud Pública.

Doctor en Ciencias *Donald Mainland*, y de *Robert Fisher*, quien en 1935, había iniciado la campaña para el uso de la estadística en la experimentación científica.²

A *Feinstein* se le debe una amplia e importante obra inicial dedicada a la experimentación clínica, aspecto hoy devenido en paradigma de la investigación científica por la denominada medicina basada en la evidencia.

Procedente de la clínica médica, y según el propio autor, un novato nefrólogo y fisiólogo del túbulo renal, *David L. Sackett*, se convierte, cuando la crisis de los misiles en Cuba, en un reacio epidemiólogo de campo al servicio de la Salud Pública de los Estados Unidos.³

En el prólogo de su libro de Epidemiología Clínica, *Sackett* refiere que la aplicación de los principios epidemiológicos y unos cuantos más de la bioestadística, a las creencias, juicios e intuiciones que comprenden el arte de la medicina, podían mejorar sustancialmente la exactitud y la eficacia del diagnóstico, del pronóstico, del tratamiento, el mantenerse al día, y de importancia especial, la capacidad de enseñar a los demás cómo hacer estas cosas. Una nueva Escuela de Medicina en la Mc Master University dio a *Sackett*, *Tugwell* y *Haynes*, la oportunidad que tanto anhelaban.

IDEOLOGÍA Y PARADIGMA CIENTÍFICO

El paradigma de la experimentación clínica, sería absolutamente inofensivo, si no fuera porque tras la aparente pureza y absoluta científicidad de sus intenciones, se enmascara su naturaleza reduccionista y neopositivista.

Las figuras más destacadas de las corrientes filosóficas positivista, empirista y neopositivista respectivamente, fueron: *Auguste Comte*, *Rudolf Carnap* y *Karl Raimund Popper*.⁴⁻⁶

Auguste Comte (1798-1857), filósofo francés, considerado el fundador del positivismo y de la sociología, abandonó la especulación de lo sobrenatural en favor de la investigación científica. Afirmaba que el estudio empírico de los procesos históricos revela la que denominó "ley de los tres estadios" que rige el desarrollo de la humanidad. El último estadio de esta evolución, el científico o positivo, supone el triunfo de la racionalidad positiva, en tanto que los hombres no buscan el origen del Universo sino las leyes efectivas de los fenómenos. La obra de *Comte* es considerada como la expresión clásica de la actitud positivista, es decir, la actitud de quien afirma que tan sólo las ciencias empíricas se erigen en la adecuada fuente de conocimiento.⁴

Rudolf Carnap (1891-1970), filósofo alemán (nacionalizado estadounidense), destacada figura del movimiento filosófico denominado positivismo o empirismo lógico fue quien interpretó la filosofía como un proceso de análisis lógico. Se interesó sobre todo por el análisis del lenguaje de la ciencia ya que consideró que las afirmaciones empíricas de esta última eran las únicas en verdad significativas.⁵

Por otra parte "la falsabilidad", concepto acuñado por el filósofo *Karl Raimund Popper* (1902-1994), filósofo de la ciencia británica, de origen austriaco, famoso por su teoría del método científico y por su crítica del determinismo histórico, designa la posibilidad que tiene una teoría de ser desmentida, falseada o "falsada" por un hecho determinado o por algún enunciado que pueda deducirse de esa teoría y no pueda ser verificable empleando dicha teoría. Según *Popper*, uno de los rasgos de toda verdadera teoría científica estriba en su falsabilidad; si una teoría logra no ser falseada, puede mantener sus pretensiones de validez. Con este planteamiento, *Popper* pretendía resolver los problemas de la teoría de la inducción clásica del neopositivismo, así como introducir un mayor nivel de confrontación en el análisis de las pretensiones de verdad y validez de una teoría científica. Así, en lugar de verificar inductivamente una teoría, lo que se intenta es mantenerla a salvo de las posibilidades que esta teoría tiene de ser falseada. En realidad, una teoría que no se encuentra abierta a la falsabilidad no puede ser considerada una teoría científica.⁶

Estas han sido corrientes filosóficas elitistas, en base a ellas los grandes problemas de salud de la humanidad son purificados y filtrados a través del gran laboratorio, de los principios y leyes de las ciencias exactas, es decir, cualquier otra expresión de impureza, es rechazada por su falta absoluta de científicidad.

LAS CIENCIAS EN EL MUNDO DE HOY

El conocimiento humano fue siempre una categoría más elevada e integradora que cualquiera de sus componentes, pero a partir del desarrollo de la ciencia desde el siglo xvii el conocimiento que esta produce se erigió en patrón normativo de conocimiento y paulatinamente desplazó el resto, hasta constituirse casi exclusivamente en representante único y legítimo del conocimiento humano.

La modernidad inauguró una relación cognoscitiva independiente y nueva, y con el tiempo la consolidó. El reinado de la razón se tornó reinado de la ciencia experimental. Su soberanía ilimitada basada en la razón, con el tiempo cedió lugar a una nueva soberanía, también ilimitada, pero ahora basada en sí misma.

Aunque fueron *Descartes* y *Leibniz* quienes expresaron los ideales más generales de la racionalidad clásica desde la filosofía, fueron *Kepler*, *Galileo* y *Newton* quienes plasmaron la razón científica soberana e independiente, en un cuadro científico del mundo.

La ciencia, que desde la modernidad generó la creencia en que todo se podía conocer, predecir y manipular con exactitud en beneficio del hombre, se enfrenta a un conjunto de problemas –como por ejemplo, el ambiental–, donde conocimiento exacto, predicción y manipulación se hacen improbables, cuando no imposibles. Y no sólo porque algunos métodos puedan resultar inadecuados para la cognición de objetos nuevos, sino también y junto con ello,

porque el conocimiento revolucionador de la vida cotidiana e incorporado a ella por múltiples vías, despierta en las personas valoraciones diversas que no pueden continuar considerándose ajenas al proceso cognitivo.

Por otra parte, la ciencia y la producción de saber científico están cambiando, y esto muestra que la crisis de identidad de la ciencia contemporánea, es una crisis de crecimiento de la que está surgiendo un modo nuevo de producción de conocimiento y tecnología. Lo posible en este camino es ya parcialmente realidad desde mediados del siglo xx y ha comenzado a rendir frutos materiales y epistemológicos.

El nuevo saber como unificación no consiste en la desaparición de las disciplinas ni en la creación de una ciencia única. Es una tendencia hacia la superación de las barreras disciplinarias, y el establecimiento de un cuadro del mundo nuevo, que reconozca su diversidad y complejidad intrínsecas.

Se expresa en la superación del reduccionismo como instrumento metodológico privilegiado en la ciencia disciplinaria; la búsqueda de un método de pensamiento nuevo; el avance hacia la comprensión de los objetos del mundo como sistemas o entidades complejas irreductibles, imposibles de ser agotadas; la superación de la idea del objeto dado, que paulatinamente está siendo sustituida por la noción de virtualidad del objeto de investigación; la tendencia a comprender de una manera nueva los objetos del mundo, y la naturaleza como totalidad; la comprensión de la artificialidad del mundo del hombre y sus construcciones cognitivas; cuestionamiento de la división rígida entre ciencias naturales y sociales; la transdisciplinariedad e interdisciplinariedad crecientes; la consideración de la subjetividad en el análisis de la objetividad científica y el planteo de los límites culturales de dicha objetividad⁷ (Delgado Díaz CJ. Hacia un nuevo saber: Problemas del enriquecimiento moral del conocimiento humano. Palacio de las Convenciones. La Habana, 8 al 11 del 2002; Delgado Díaz CJ. Complejidad y Educación Ambiental. Seminario Internacional sobre pensamiento complejo. Palacio de las Convenciones. La Habana, enero 8 al 11 del 2002).

¿CUÁL ES EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA?

La epidemiología clínica, tal y como la conocemos hoy, estudia la validez de las pruebas diagnósticas, la eficacia, eficiencia y efectividad de los tratamientos, los pronósticos de las enfermedades, los costos, evalúa tecnologías médicas y también se introduce en aspectos de calidad de la atención médica, así como en otros problemas de salud que aquejan las personas enfermas, quienes, por lo general, reciben atención en áreas clínicas o quirúrgicas. Para ello utiliza herramientas propias de la clínica, de la bioestadística y de la epidemiología y desde esa perspectiva toma decisiones clínicas y realiza investigaciones prioritariamente expe-

rimentales. Con este nuevo enfoque, la epidemiología clínica de hoy se aleja bastante del jardinero que soñara el pionero *John R. Paul*.

Los tratados modernos de epidemiología clínica coinciden en que se dan dos grandes aplicaciones: la práctica clínica y la investigación clínica. Según *Jeniseck*, en ambas se dedicará a:⁸

1. Definir el concepto de normalidad o de anormalidad.
2. Elegir o evaluar pruebas diagnósticas.
3. Controlar factores etiológicos.
4. Realizar pruebas terapéuticas.
5. Predecir la evolución de la enfermedad.
6. Seleccionar la información necesaria.
7. Evaluar la calidad de la atención médica.

Interpretando el pensamiento de los ideólogos de esta nueva ciencia, para hacer una buena epidemiología clínica, harían falta fundamentalmente: el corazón de un buen epidemiólogo, el cerebro de un buen clínico y los sentidos (oídos, olfato, gusto, vista y tacto) de un buen bioestadístico. Sin embargo, si se quiere hacer epidemiología clínica con una perspectiva verdaderamente integradora, acorde con los requerimientos humanistas que exige la ciencia en nuestro país, donde el hombre es el objeto máspreciado de la sociedad, estos componentes son insuficientes.

El epidemiólogo clínico debe estar consciente de lo limitado de su radio de acción y de forma general los resultados alcanzados deben ser validados y dados a conocer en un breve período de tiempo. Unos de los mayores peligros a enfrentar en esta ciencia, es la tendencia a magnificar los resultados, así como realizar inferencia de estos a otras poblaciones,⁸ otro es la posición neopositivista y reduccionista que adopta en su relación con la epidemiología y la clínica como ciencias y con lo que demanda actualmente la humanidad con respecto a las ciencias, en su contexto más universal.

Es este el peligro de la epidemiología clínica, como ideología científica centrada en el poder de la información, de las tecnologías y en el valor supremo de las estadísticas probabilísticas, terreno en el que el ensayo clínico es considerado la excelencia en la investigación científica, lo cual, por lo demás, no es cierto.

La investigación descriptiva, la investigación evaluativa, el uso de técnicas cualitativas en la investigación científica son necesarias y con frecuencia tan útiles a un directivo de salud, a un político, salubrista, antropólogo, sociólogo, epidemiólogo, psicólogo, o médico general integral, como la más sofisticada investigación experimental.

Ninguna técnica investigativa, ya sea cuantitativa o cualitativa está por encima de las otras. Ningún tipo de investigación científica se debe considerar de mejor calidad que otro. Es tan útil identificar cuál es el mejor y más económico método diagnóstico para el enfermo de SIDA o cuál es el mejor medicamento para tratar al enfermo con SIDA, como

identificar cuántas personas están infectadas, cuáles de ellas están enfermas, dónde viven, cómo adquirieron la enfermedad, si tienen o no medios para su manutención, el grado y gravedad de su enfermedad, etc. En los dos primeros ejemplos se están ejerciendo acciones que están en el contexto de la epidemiología clínica, en los últimos, se está haciendo uso de la investigación epidemiológica descriptiva, propia de la epidemiología general.

¿En qué tipo de investigación la población participa en la solución de sus problemas de salud?, ¿cuándo los factores de la sociedad participan en decisiones acerca de la conveniencia de la clonación humana?, ¿cuándo a la población se le ha pedido que decida si es mejor para un determinado grupo social producir más alimentos o más tecnologías?

Por otra parte, ¿alguien puede afirmar que el ensayo clínico como investigación científica, es pertinente para estudiar todos los problemas de salud que se dan en la vida de las personas, o que el investigador puede conocer o controlar todos los factores que realmente están actuando en un problema determinado?

Como diría *Capra*: "Nos hallamos sin duda en el inicio de este cambio fundamental de visión en la ciencia y la sociedad, un cambio de paradigmas tan radical como la revolución copernicana. Pero esta constatación no ha llegado aún a la mayoría de nuestros líderes políticos. El reconocimiento de la necesidad de un profundo cambio de percepción y pensamiento capaz de garantizar nuestra supervivencia, no ha alcanzado todavía a los responsables de las corporaciones ni a los administradores y profesores de nuestras grandes universidades".⁹

El origen de nuestro dilema reside en nuestra tendencia a crear abstracciones de objetos separados, incluyendo un sí mismo independiente, para creer después que pertenecen a una realidad objetiva, dotada de existencia autárquica (autosuficiente). Para superar esta ansiedad cartesiana, necesitamos pensar sistémicamente, desplazando nuestra atención conceptual de los objetos a las relaciones. Sólo entonces podremos comprender que identidad, individualidad y autonomía no significan separatividad e independencia. Para recuperar nuestra plena humanidad, debemos reconquistar nuestra experiencia de conectividad con la trama entera de la vida.⁹

EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: DOS RAMAS DE UN MISMO ÁRBOL

Como antecedentes de la medicina basada en la evidencia (MBE), se señala, un movimiento propugnado en Francia, a mediados del siglo XIX, por *Pierre C. Alexander Louis, Bichot y Magendie*, entusiastas promotores de la "Médecine d' Observation" quienes sostenían como fundamento, que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal y en sus

apreciaciones sobre las conductas a tomar ante determinada enfermedad, sino que esta debía soportarse sobre los resultados de las investigaciones que mostraran efectos en términos cuantificables. Estos fundamentos, demostrados por *A. Louis* con la aplicación de experimentos en los que utilizó su método numérico, revelaron el grado de ineficacia de determinados tratamientos que en su época se aplicaban para la cura de algunas enfermedades, contribuyó así a la erradicación de terapias inútiles; aunque fue calificado como un escéptico posrevolucionario. Sus hallazgos tuvieron una gran repercusión en Francia, Inglaterra y en Estados Unidos.¹⁰

La loable necesidad de seleccionar, organizar, optimizar y mantener actualizada la bibliografía médica, está claramente expresada en el capítulo 13 del libro de *Epidemiología clínica de Sackett, Tugwell y Haynes*: "Creación y uso de su propia biblioteca".³

La posibilidad de desarrollar eficazmente esta simiente y la oportunidad de transferir su experiencia a otros, comenzó a extenderse a principios de 1960 en la Universidad Canadiense de McMaster, institución que adoptó esta nueva metodología como foco central de la enseñanza de la medicina.¹⁰

Sin embargo, el impulso fundamental lo dio *Archie Cochrane*, uno de los primeros en reclamar, en la década de los setenta, una revisión crítica de todos los ensayos clínicos controlados, relevantes y periódicos, según especialidades. Dichas ideas se diseminaron por el mundo y llegaron a conformar un movimiento cultural internacional, conocido como la medicina basada en evidencias.

Cochrane, investigador clínico inglés y epidemiólogo por más de 25 años, fue pionero en investigación en servicios de salud. La regla de oro de su pensamiento podía resumirse en: Todo tratamiento debe haber demostrado que es eficaz. En los años 80, diversos sectores profesionales y científicos comenzaron a sensibilizarse con las críticas de *Cochrane*, pero éste murió en 1988.

En 1992, sus discípulos dieron su nombre a una ambiciosa iniciativa internacional, la Colaboración Cochrane. "The Cochrane Library" es el resultado de la colaboración a nivel mundial; esta biblioteca proporciona la mejor fuente de evidencia fiable sobre los efectos de la atención sanitaria para clínicos, administradores de programas y personal de la salud en general.¹⁰

La colaboración se ha extendido a diversos países de Europa, Norteamérica y Centro América, es una verdadera transnacional de la información médica y en ella colaboran numerosos investigadores y científicos del mundo. En su dirección editorial actual, figura el doctor *Peter Tugwell*, fundador junto con *Sackett*, de la moderna epidemiología clínica.¹¹

Hoy es fácil acceder a estas bases de datos en CD-ROM o en Internet, en la que la MBE es un concepto totalmente en boga. Otras fuentes seleccionan y resumen, con los criterios de la MBE, los mejores trabajos publicados en

relación con la medicina clínica. Con la denominación de Best-Evidence, está disponible en formato electrónico la colección completa y conjunta de las 2 primeras revistas fundadas en esta materia.^{10,12-15}

Las personas que se dedican a la búsqueda de información científica son atraídas por los singulares beneficios tecnológicos de la MBE.

Se afirma que la MBE es actualmente, un tema de gran interés para clínicos, médicos, otros profesionales de la salud y los especialistas en la información, entre otros. Esta nueva área del conocimiento es el producto del desarrollo de:¹²

1. La metodología para los ensayos clínicos, a partir del impulso dado por *Bradford Hill* durante las décadas de los años 50 y 60, así como del metanálisis dos décadas después.
2. La epidemiología clínica como disciplina, que, durante los años 80, progresó cualitativamente con las obras de *Feinstein, Spitzer, Rothman, Sackett* y otros destacados especialistas en esta rama del saber.
3. Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, cuya aparición tuvo lugar también en los años 80, en Europa y Estados Unidos.
4. La bioética como disciplina a partir de los 70, que cuestionó el modelo asistencial basado en la autoridad del médico y propuso otro con un mayor respeto a la decisión del paciente.
5. Las nuevas tecnologías de información y comunicación, que facilitaron la búsqueda, recuperación, manejo y utilización de este recurso decisivo.

La medicina basada en la evidencia es reconocida, indudablemente, por las amplias ventajas que proporciona recolectar información científica en temas de salud en todas partes del mundo, ya que ha logrado aunar un cuerpo de científicos de elevada calificación, expertos revisores voluntarios que filtran las investigaciones según temas, seleccionando aquellas que reúnen los requisitos de calidad establecido; y es así como comienza el problema.

Según la colaboración *Cochrane*, el criterio de calidad de las investigaciones médica, además de cumplir con parámetros intrínsecos que debe satisfacer toda investigación científica de forma universal, y que lamentablemente no han sido respetados por algunas revistas científicas en el mundo, se le añade una nueva clasificación, basada en el principio de su fundador, *Archibald Cochrane*, en las ideas de *Feinstein, Sackett* y colaboradores, donde la pureza de la investigación científica consiste en el diseño experimental, especialmente en el ensayo clínico contrastado.

En la siguiente escala de la *United States Preventive Task Force*, se cita como ejemplo, pero existen otros tipos de clasificaciones que caracterizan el peso específico de la evidencia:¹⁰

1. Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y aleatorizado apropiadamente.

2. Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización.
3. Evidencia obtenida de estudios de cohorte o de casos y controles bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación.
4. Evidencia obtenida de múltiples series de casos en el tiempo con intervención o sin ella. Resultados dramáticos en experimentos no controlados (como los resultados de la introducción del tratamiento con penicilina en los años 40) podría también corresponder a este tipo de evidencia.
5. Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica; estudios descriptivos y reportes de casos; o reportes de comités de expertos.

He aquí donde el reduccionismo domina la ideología científica y amenaza influir negativamente en la ética y valores sociales que deben primar en el pensamiento médico humanista a nivel internacional.

Irreflexivamente, y atraídos por el grandioso efecto de esta singular y no menos destacada obra, se estigmatiza el resto de las investigaciones científicas y se valora excesivamente la investigación experimental.

Existe el peligro de que se rechacen o no se publiquen valiosas publicaciones científicas descriptivas, evaluativas o sociales que estudian importantes problemas de salud local o mundial originados por el hambre, la pobreza, la desigualdad, la falta de gestión, de voluntad política, de formación, de recursos humanos y materiales, de planificación y organización de los servicios, de economía.

Los daños a la salud que produce el uso indiscriminado de las tecnologías modernas, la industrialización desorganizada, la desertificación, la urbanización mal planificada, los desechos peligrosos, la explotación incontrolada de las reservas de alimentos y energía a escala mundial, los cambios climáticos, y muchos otros que enfrentan en mayor o menor grado todos los países del mundo y de forma crítica los que poseen pocos o casi ningún recurso, requieren para su solución un enfoque mucho más amplio que el estrecho margen que permite la investigación experimental. Es técnica y científicamente insuficiente y contraproducente, desarrollar el ideal científico de la salud y de la medicina humanista y social, considerando el ensayo clínico controlado el paradigma de la investigación científica.

Esto no significa desaprovechar las oportunidades que brinda la *Cochrane Library*, ni rechazar las contribuciones científicas y tecnológicas que aportan estas u otras instituciones internacionales. En Cuba existen numerosas instituciones científicas que necesariamente diseñan y realizan ensayos clínicos controlados e incluso es un contenido temático indispensable en los módulos y asignaturas que se brindan en la Escuela Nacional de Salud Pública, al igual que en otras instituciones docentes y científicas del país. El ensayo clínico aleatorizado es especialmente necesario para el desarrollo de la biomedicina y de las ciencias experimentales. Existe en Cuba un centro nacional para el desarrollo de ensayos clínicos y donde se promueve la colaboración e

intercambio científico valioso con los Centros Cochrane iberoamericanos.

El asunto, consiste en no esperar de la epidemiología clínica y de la medicina basada en la evidencia, mucho más

de lo que sean capaces de dar; utilizarlas en el momento y lugar en que sean necesarias y sobre todo, no asumir que el experimento científico, es el "estándar de oro" de la investigación científica.

SUMMARY: Clinical epidemiology began to be known in the USA before 1958 through an elective course called "Principles of Epidemiology" or Clinical Epidemiology, which was taught to public health care and medical students from Yale University. It re-emerged in the second half of the 20th century, with different objectives, contents and technologies but with the same desire of differentiating from General Epidemiology. This re-emerging clinical epidemiology is also ideologically linked to evidence-based medicine (EBM) whose origin dates back, according to some authors, to the mid 19th century in France, and whose rebirth took place in the 20th century after the Clinical Epidemiology. It is pointed out that Clinical Epidemiology has a tendency of magnifying the results and transferring them to other populations as well as neopositivist and reductionist positions with respect to General Epidemiology, the clinics and the present scientific thinking within the universal context. The need of overcoming reductionism as a privileged methodological tool in the disciplinary science was underlined. In summary, it is recommended that one should not expect much more than what Clinical Epidemiology and Evidence-based medicine are able to provide us , and above all, one should not assume that the scientific experiment is the «golden standard» of the scientific research since scientific knowledge is not exclusive heritage of a particular type of neither research design nor scientific methodology.

Key words: epidemiology, clinical epidemiology, history, evidence-based medicine.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paul RJ. Clinical Epidemiology. Chicago: The University Chicago Press; 1958.
2. Feinstein AR. Clinical Biostatistics. Missouri: The CV Mosby Company; 1977.
3. Sackett D, Haynes B, Tugwell P. Epidemiología clínica: una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
4. Comte A. MMWR [en línea] 2004 [25 de junio 2004]. Disponible en: http://es.encyclopedia.msn.com/encyclopedia_761567644/Auguste_Comte.html
5. Carnap R. MMWR [en línea] 2004 [25 de junio 2004]. Disponible en URL: <http://www.filosofia.org/enc/ros/carnap.htm>
6. Popper K. MMWR [en línea] 2004 [25 de junio 2004]. Disponible en URL: http://enciclopedia.us.es/index.php/Karl_Popper
7. La filosofía del marxismo ante la revolución del saber contemporáneo. Tesis, Cátedra de Complejidad, Instituto de Filosofía. Universidad de La Habana, 2002.
8. Jenicek M, Cleroux. Epidemiología Clínica. Aplicaciones en la atención médica diaria y en la investigación clínica. Madrid: Masson SA; 1986:307-328.
9. Capra F. La trama de la vida. 2da ed. Barcelona: Anagrama S.A.; 1999.
10. Boucourt Rivera L. Su excelencia: la medicina basada en evidencias. ACIMED [publicación periódica en línea] 2001 [citada 2004 jun 25]. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_5_03/aci07503.htm.
11. La Colaboración Cochrane Iberoamericana. [citada 2004 jun 25]. Disponible en URL: <http://www.cochrane.es/>
12. Broche Candó JM, Broche Candó R, García Hernández LY, Broche Candó JM. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo. ACIMED [publicación periódica en línea] 2003 [citada 2004 jun 25]. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol1_6_03/aci02603.htm.
13. Lam Díaz RM, Oliva Pérez M, Hernández Ramírez P, Milanés Roldán MT. Medicina basada en la evidencia. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 2002;18(3): acceso el 19.05.05 en <http://bus.sld.cu/revistas/hih/vol18-3-02/hihsu302.htm>
14. Hinojosa Álvarez MC, Cañedo Andalia R. Medicina basada en la evidencia: un nuevo reto al profesional de la información en salud. ACIMED [publicación periódica en línea] 2001 [citada 2004 Jun 25]. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol9_1_01/aci0111001.htm.
15. Cañedo Andalia R, Zaldívar J, Montejo Castell M, Peña Rodríguez K. De la medicina Popular a la medicina basada en la evidencia. ACIMED [publicación periódica en línea] 2003 [citada 2004 jun 25]. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_5_03/acisu503.htm

Recibido: 5 de julio de 2004. Aprobado: 4 de octubre de 2004.
Rina Milagros Ramis Andalia. Escuela Nacional de Salud Pública.
E-mail: rina.ramis@infomed.sld.cu