

Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social

Pedro MORAGO

Oxford University
Pmorago2000@yahoo.co.uk

RESUMEN

El impacto de la práctica basada en la evidencia (PBE) es uno de los acontecimientos más destacados de la última década en el campo de la Medicina. Producto de un tiempo caracterizado por la explosión de la tecnología de la información, un creciente sentido del riesgo, y la consagración de los principios de economía, efectividad, transparencia y atención al consumidor, la PBE se ha extendido rápidamente desde el campo de la salud a otras áreas, entre las que se incluye el Trabajo Social. El nuevo paradigma ha generado entusiasmo entre amplios sectores de la profesión, pero también un vivo debate acerca de la transferibilidad de los principios de la PBE a una disciplina, Trabajo Social, que opera en un contexto de circunstancias sociales particularmente complejas y dispares.

Palabras clave: práctica basada en la evidencia, medicina basada en la evidencia, diseños de investigación científica, jerarquías de evidencia, Trabajo Social basado en la evidencia.

Evidence-based practice: from medicine to social work

ABSTRACT:

The impact of evidence-based practice (EBP) on medicine is one of the most outstanding events in medicine over the last decade. The product of a time characterized by the explosion of information technology, a heightened sense of risk, and the enshrining of the principles of economy, effectiveness, transparency and consumerism, EBP has rapidly expanded from health care to other fields, including social work. The new paradigm has generated not only great enthusiasm in many areas of the social work profession but also a heated debate about the transferability of EBP principles to a discipline that operates amidst particularly complex and multifaceted societal factors.

Key words: evidence-based practice, evidence-based medicine, research designs, hierarchies of evidence, evidence-based Social Work.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Concepto de PBE. 3. Desarrollo y expansión de la PBE. 4. ¿Por qué ha emergido la PBE? 5. Pros y contras de la PBE. 6. Diferentes niveles de evidencia. 7. PBE en Trabajo Social. 8. El debate acerca del Trabajo Social Basado en la Evidencia. 9. Conclusiones. 10. Notas. 11. Referencias Bibliográficas.

1. INTRODUCCIÓN

El impacto de la práctica basada en la evidencia (PBE)¹ es uno de los acontecimientos más destacados de la última década en el campo de la salud. Inicialmente desarrollada como Medicina basada en la evidencia (MBE), la nueva corriente ha sido rápidamente adoptada por la mayoría de las disciplinas sanitarias y asociadas —incluyendo Odontología, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Salud Mental— bajo la denominación genérica de PBE. El siguiente es un ejemplo del creciente interés en la PBE durante los últimos años: una búsqueda en la base de datos Pubmed utilizando las palabras clave «evidence-based medicine» produce 17 referencias antes de 1994, 2.097 referencias desde el 1 de Enero de 1994 hasta el 31 Diciembre de 1998, y 11.657 referencias desde esta fecha hasta el final de 2003. El objeto del presente artículo es realizar una aproximación al fenómeno que ha suscitado tal interés en la más reciente literatura médica, así como al debate generado acerca de la transferibilidad de los principios de la PBE a la profesión de Trabajo Social.

2. CONCEPTO DE PBE

La primera definición de PBE en llegar a ser comúnmente aceptada por las profesiones sanitarias fue originariamente suministrada por Sackett y colaboradores² y se puede traducir al español como el «uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia en el proceso de toma de decisiones acerca del cuidado de la salud de la persona» (Sackett et al., 1996). A fin de conciliar el uso de la evidencia científica con el juicio profesional y las características específicas de cada usuario, la definición primaria fue posteriormente adaptada en los siguientes términos: «PBE es la integración de la mejor evidencia extraída de los estudios de investigación con la pericia profesional y los valores del usuario» (Sackett et al., 2000).

La idea de la PBE se apoya sobre varios principios o elementos esenciales, que pueden ser resumidos del modo siguiente (Greenhalgh et al., 2003; Sackett et al., 2000; Weil, 1999):

1. Formulación de una cuestión clínica precisa basada en los problemas o necesidades del usuario. Tales cuestiones pueden ser relativas a diagnóstico, prevención, tratamiento o pronóstico.
2. Búsqueda, en la literatura científica, de la mejor evidencia derivada de los estudios de investigación relacionados con la cuestión clínica que ha sido previamente formulada.

¹ En este tema, la literatura en lengua española utiliza indistintamente los términos *prueba* y *evidencia*. Por cercanía al original inglés, en el presente artículo emplearé el término *evidencia*.

² «Evidence-based practice is the conscientious, explicit and judicious use of current evidence in making decisions about the care of individuals» (Sackett et al., 1996).

3. Valoración crítica de la evidencia hallada y de su relevancia para responder a la cuestión clínica formulada.
4. Aplicación de la evidencia sólida y relevante a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia y experiencia profesionales y los valores y preferencias del usuario.
5. Evaluación periódica, de acuerdo a criterios objetivos, de la efectividad de la intervención adoptada.
6. Revisión y perfeccionamiento de la intervención adoptada para aplicaciones sucesivas de la misma.

3. DESARROLLO Y EXPANSIÓN DE LA PBE

El epidemiólogo británico Archie Cochrane es considerado como la figura clave en el desarrollo y expansión de la PBE en Medicina. Uno de los planteamientos iniciales de Cochrane fue que, siendo los recursos disponibles para la atención sanitaria limitados, tales recursos deben ser empleados sólo en proveer programas e intervenciones cuya eficacia ha sido previamente demostrada (Cochrane, 1972). Desde su experiencia profesional, Cochrane observó que, si bien la Medicina, genéricamente considerada, se ha desarrollado sobre la base del permanente avance científico, la aplicación de los más recientes hallazgos y conclusiones derivados de los estudios de investigación está en gran medida ausente de la práctica clínica cotidiana. Los esfuerzos de Cochrane y un grupo de colaboradores cristalizaron en 1993 con la creación, en Oxford, de la Colaboración Cochrane, una organización internacional, sin ánimo de lucro, dedicada a la disseminación de información actualizada, precisa y sistematizada acerca de los resultados de los estudios de investigación en el área sanitaria. La Librería Cochrane, base de datos electrónica publicada trimestralmente, es el servicio más difundido de la Colaboración, y ofrece colecciones sistemáticas y revisadas de estudios de investigación clasificados por tópicos.

La Universidad McMaster en Hamilton, Ontario, Canadá, constituye otro de los grandes centros de influencia en el proceso de desarrollo de la PBE. Desde que la Medicina como disciplina académica fue establecida en McMaster en los años 60, los métodos de enseñanza han venido combinando la práctica clínica con el uso de principios derivados de la investigación científica. Esta nueva área educativa, denominada *Epidemiología Clínica* (Sackett et al., 1991), está dirigida, no tanto a llevar a cabo investigación como a aplicar los resultados y conclusiones derivados de la investigación a la toma de decisiones acerca de la salud del usuario. David Sackett, uno de los principales impulsores de la Epidemiología Clínica en McMaster, se trasladó posteriormente al Reino Unido, donde ha sido uno de los co-fundadores del Centro para la Medicina Basada en la Evidencia. Este Centro, que forma parte del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oxford, está jugando un papel fundamental en la promoción, nacional e internacional, de la PBE en Medicina y en su expansión a prácticamente la totalidad de los campos relacionados con la sanidad.

4. ¿POR QUÉ HA EMERGIDO LA PBE?

Trinder (2000) cita una serie de factores que han contribuido a la aparición y rápida expansión de la PBE:

1. **AVANCES EN LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN.** Bases de datos con soporte electrónico e Internet son dos de los principales instrumentos que han permitido la difusión, en los últimos años, de una cantidad ingente de información médica. Además, la existencia de organizaciones como la Colaboración Cochrane permite que los profesionales de la salud tengan acceso inmediato a la más reciente información científica, críticamente seleccionada y sistematizada, acerca de la cuestión clínica de su interés.
2. **SOCIEDAD DEL RIESGO.** Señala Giddens (1990, 1994) que una de las características de las sociedades tradicionales o pre-modernas es un profundo sentido de seguridad ontológica enraizado en la familia, la comunidad, la religión y la tradición. En este tipo de sociedades, accidentes y catástrofes son frecuentemente atribuidos a causas naturales, intervenciones providenciales, o a la mera casualidad. Por el contrario, en las sociedades occidentales contemporáneas (o post-tradicionales, como el propio Giddens las denomina) existe un elevado sentido del riesgo, combinado con la creencia de que cualquier daño o consecuencia adversa es, en casi la totalidad de los casos, responsabilidad humana. La valoración y minimización del riesgo por medio de la pericia profesional han alcanzado, en consecuencia, cotas de institucionalización tanto en el sector público como en el privado. Y es en este contexto donde la PBE se presenta como una herramienta con la que el profesional, mediante el uso de la mejor y más actualizada información científica, es capaz de minimizar el riesgo derivado de una decisión profesional así como de optimizar los beneficios de tal decisión.
3. **LA TRIPLE E: ECONOMÍA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD.** Tras el período de expansión de los años 50 y 60, en las últimas décadas se ha producido en el seno de las organizaciones una reforma estructural conocida como «managerialismo», «gerencialismo», o «profesionalismo directivo», cuyos principios rectores son la economía en la gestión de los recursos y la eficiencia y efectividad en la prestación de servicios. En este clima, el énfasis puesto por la PBE en el empleo racional de los recursos en aquellas intervenciones cuya eficacia haya sido consistentemente acreditada es aducido como uno de los factores determinantes de la popularidad del nuevo modelo.
4. **PROTAGONISMO DEL CONSUMIDOR.** La creciente importancia del derecho del consumidor a recibir unos servicios de alta calidad, transparentes y responsables es otro de los fenómenos clave de las sociedades contemporáneas. El protagonismo del consumidor o usuario de los servicios es explícitamente reconocido en dos de los principios informadores de la PBE: (i) el derecho del usuario a recibir el servicio más eficaz posible; y

(ii) la incorporación de los valores y preferencias del usuario al proceso de decisión basada en la evidencia.

5. SEPARACIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PRÁCTICA PROFESIONAL. Ramsey y colaboradores hallaron una significativa correlación negativa entre el conocimiento que los profesionales de la Medicina tienen de los más recientes avances en la investigación científica y el número de años transcurridos desde la finalización de sus estudios universitarios (Ramsey et al., 1991): los autores del estudio observaron que los profesionales sanitarios, una vez obtenida su cualificación académica, y tras un período de práctica, tienden a confiar más en información anecdótica, opiniones de colegas y en su propia intuición y experiencia profesional, que en los avances derivados de los estudios de investigación y en la valoración crítica de nuevos métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención.

Argumenta Trinder que una gran parte del éxito inicial de la PBE radica en su capacidad para integrar y redefinir los anteriores factores y presentar el resultado en un sistema metodológico coherente y con un mensaje indudablemente atractivo: el de que la práctica profesional debe basarse en intervenciones de eficacia contrastada (Trinder, 2000).

5. PROS Y CONTRAS DE LA PBE

Los defensores de la PBE afirman que el hecho de fundamentar la decisión profesional en aquellas intervenciones o programas que han sido previa y críticamente evaluados como eficaces permite la prestación de unos servicios de mejor calidad así como un uso más racional de los recursos disponibles. También sostienen que la PBE es un modo eficaz de rebatir aquellas opiniones que, a falta de una base científica suficiente, se apoyan en prácticas comúnmente aceptadas: la autoridad, creencias imperantes, información anecdótica, o investigación de escasa calidad metodológica.

Por ejemplo, en el campo de la Cirugía fue práctica común durante los años 70 y primeros 80 la anastomosis de la arteria superficial temporal con una rama de la arteria cerebral media, a fin de disminuir el riesgo de embolia en pacientes que sufrían de una oclusión de la arteria carótida interna. Para sorpresa general, un estudio controlado randomizado (ECR)³ llevado a cabo en diversos centros y con una alta participación, demostró que el único efecto de la intervención quirúrgica era el de hacer empeorar a los pacientes en el período inmediatamente post-operatorio, sin que existiera diferencia alguna entre grupos a largo plazo (Haynes et al., 1987), por lo que el procedimiento fue descartado por una mayoría de cirujanos.

También en el terreno de las intervenciones sociales se pueden encontrar ejemplos de cómo las buenas intenciones no siempre van acompañadas de buenos resultados. Uno de los más conocidos es el Cambridge-Somerville Youth Study. Su

³ Para la definición de ECR, ver sección VI.

creador, Richard Clark Cabot, diseñó a finales de los años 30, en los Estados Unidos, un proyecto que parecía idóneo para prevenir la delincuencia juvenil entre jóvenes procedentes de áreas desfavorecidas: una intervención consistente esencialmente en actividades recreativas después de clase, campamentos de verano, consejo asistido (counselling) y asistencia médica cuando ésta era necesaria. Clark Cabot seleccionó inicialmente a un número de jóvenes y los distribuyó por parejas de acuerdo a similares edades, temperamento, situación socio-económica y somatotipo biológico. Después asignó a uno de los jóvenes de cada pareja al grupo que recibiría la intervención y al otro joven a un segundo grupo de control, que recibiría sólo los servicios asistenciales ordinarios. Cuando, años después, el programa fue evaluado, los resultados fueron sorprendentes: los jóvenes que habían participado en el programa de intervención ofrecían tasas de criminalidad, alcoholismo y enfermedades mentales más altas, y su esperanza de vida era cinco años inferior, en comparación con los componentes del grupo que no había recibido la intervención (McCord et al., 1959; McCord, 1992). No se ha realizado aún investigación acerca de qué elementos del programa pudieron haber contribuido, y en qué medida, a las consecuencias negativas del mismo. Sin embargo, una hipótesis que se ha planteado es que aquellos jóvenes más experimentados en conductas antisociales y técnicas delictivas animaron a sus compañeros a secundarles, y que muchos de éstos, llevados del instinto de camaradería, así lo hicieron (McCord, 1992). Tal expansión de prácticas delictivas en el grupo de intervención habría operado como un importante factor de riesgo para la aparición de los mencionados resultados negativos posteriores.

Otro ejemplo en este área es el proyecto llamado «Scared Straight». El modelo consiste en que jóvenes en riesgo de delincuencia habitual son invitados a visitar una prisión: allí tienen la oportunidad de conocer «in situ» cómo es la vida penitenciaria y de recabar el testimonio de reclusos adultos, lo que se presume que disuadirá a los jóvenes de cometer hechos delictivos. El programa alcanzó una popularidad inmensa en los Estados Unidos, siendo adoptado como medida de política social en un buen número de Estados. Sin embargo, cuando nueve diferentes programas «Scared Straight» fueron evaluados, los resultados mostraron que las tasas de criminalidad entre los participantes en el programa eran significativamente mayores que las de aquéllos con los que no se había llevado a cabo intervención alguna (Petrosino et al., 2004).

Respaldado por su reivindicación de que el uso de la mejor evidencia científica debe ser incorporado a la práctica profesional con el fin de ofrecer intervenciones realmente eficaces y evitar consecuencias perjudiciales, como las mencionadas, el paradigma de la PBE ha conocido una notable expansión. Sin embargo, este proceso no ha estado exento de críticas (Ferlie et al., 1999; Sarasin, 1999; Saver y Kalafut, 2001; Tanenbaum, 1999). Las principales objeciones a la PEB se centran en cuatro puntos:

1. La PBE no es un método nuevo: los buenos profesionales siempre han consultado la literatura científica.
2. La PBE es más un modo encubierto de racionar recursos que de proveer el mejor servicio posible al usuario.

3. La PBE es un instrumento en poder de las organizaciones para limitar la autonomía de decisión de los profesionales.
4. La PBE presenta una visión parcial de lo que constituye evidencia científica, otorgando excesivo protagonismo a criterios cuantitativos de investigación e ignorando otros diseños, como por ejemplo los métodos cualitativos que suministran una información más específica sobre el usuario y sus necesidades asistenciales. Es esta objeción la que nos lleva a considerar, a continuación, una de las cuestiones esenciales en relación con la PBE: ¿qué clase de investigación ha de ser considerada como evidencia?

6. DIFERENTES NIVELES DE EVIDENCIA

En el proceso de implementación de la PBE vivido durante los últimos años, se ha dedicado una especial atención a examinar la calidad de la evidencia científica que ha de servir como base de la decisión profesional.⁴ El resultado es un amplio reconocimiento de que no toda la evidencia suministrada por los diferentes diseños de investigación es igual en cuanto al margen de error y sesgo en los resultados (Evans, 2003). Como instrumento para la valoración de los resultados de los estudios de investigación se han desarrollado las llamadas *Jerarquías de Evidencia*, que clasifican los distintos diseños de estudio de acuerdo a su capacidad para predecir el grado de eficacia de una intervención o tratamiento. La clasificación realizada por el Centro para la Medicina Basada en la Evidencia, de Oxford (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2001), establece los siguientes niveles de evidencia:

1. REVISIONES SISTEMÁTICAS Y META ANÁLISIS DE ESTUDIOS CONTROLADOS RANDOMIZADOS. Revisiones sistemáticas son colecciones de estudios primarios de investigación que utilizan métodos sistemáticos y explícitos con el objeto de:
 - a) localizar, seleccionar, y evaluar críticamente la investigación científica relevante acerca de una cuestión clínica precisamente formulada;
 - b) recoger y analizar los datos de los estudios incluidos en la revisión (Cochrane Collaboration, 2003).
 Meta-análisis es el análisis estadístico llevado a cabo para expresar numéricamente los resultados de una revisión sistemática.
2. ESTUDIOS CONTROLADOS RANDOMIZADOS (ECR).⁵ ECRs son estudios en los que los participantes son asignados, en un modo aleatorio y utilizando técnicas matemáticas, bien a un grupo en el que recibirán la intervención o bien a uno o más grupos de comparación o control, los cua-

⁴ Dos estudios realizados por Altman (1994, 2002) revelan que una alta proporción de artículos de investigación científica contienen errores metodológicos, facilitan resultados en un modo selectivo y emiten conclusiones sin suficiente base científica.

⁵ También denominados estudios controlados aleatorios.

les, a su vez, pueden ser objeto de otra intervención o no recibir intervención alguna. Los grupos son observados durante un período de tiempo y analizados en función de una serie de variables establecidas al inicio de la intervención. Dado que los grupos son equivalentes en relación a todos los factores, excepto la administración de la intervención o tratamiento, cualquier diferencia en los resultados es, en principio, atribuible a tal intervención o tratamiento (Greenhalgh, 1997). Los estudios que emplean técnicas de asignación a los grupos tales como lanzamiento de una moneda al aire, números pares e impares, número de Seguridad Social del paciente, días de la semana, o cualquier otro cuasi-proceso de randomización, son designados estudios clínicos controlados (ECC).

3. ESTUDIOS DE COHORTES. Un estudio de cohorte es un estudio observacional que consiste en clasificar grupos de personas de acuerdo a su exposición, o no, a un determinado factor de interés (por ejemplo, fumadores y no fumadores) y observarlos durante un tiempo, analizando si aquellos expuestos al factor son más o menos susceptibles de desarrollar una determinada condición que los no expuestos.
4. ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES. Un estudio de casos y controles es un diseño observacional que consiste en la localización y selección de casos, es decir, personas que ya han sufrido la condición a investigar (por ejemplo, enfermedad u hospitalización) y controles, o personas que, con la excepción de dicha condición, son similares a las consideradas como casos. Los investigadores, entonces, analizan retrospectivamente la frecuencia de exposición de casos y controles al factor o factores hipotéticamente contemplados como causantes de la condición (Levine et al., 1994).
5. ESTUDIOS DE CORTE TRANSVERSAL Y ESTUDIOS DE SERIES DE CASOS. Un estudio de corte transversal mide la prevalencia de una particular condición entre una población concreta en un momento determinado o durante un breve período de tiempo. Los estudios de series de casos son colecciones de información acerca de un conjunto de casos clínicos que se han producido en un período determinado. En ninguno de estos diseños existe un grupo de comparación o control.
6. ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO INDIVIDUAL. Este tipo de estudio consiste en una investigación detallada de la diagnosis, tratamiento y evolución de un paciente individual. El estudio contiene también información socio-demográfica acerca del paciente (por ejemplo, edad, sexo, grupo étnico, etc.).

El ECR (o, idealmente, una revisión sistemática o meta-análisis de ECRs) es el «gold standard» o «patrón de oro» de la evidencia. Sin embargo, en la práctica existen numerosas cuestiones para las que no se ha llevado a cabo ningún ECR, por lo que, en tal caso, se deberá de valorar críticamente si la evidencia derivada de los estudios disponibles, considerados de un nivel inferior en la jerarquía de evidencia, ofrece la suficiente solidez como para fundar en ella una determinada decisión profesional.

7. PBE EN TRABAJO SOCIAL

Una de las consecuencias de la creciente popularidad de la PBE en el ámbito de la Medicina y el resto de las disciplinas sanitarias ha sido su desarrollo también en otras profesiones más distantes pero de algún modo asociadas, entre las que se incluye Trabajo Social. Durante los últimos diez años, en los Estados Unidos, Australia, Canadá y el Reino Unido se ha producido una rápida expansión de la PBE en el sector de la asistencia social. En 1995 fue creado, en la Universidad de Exeter (Reino Unido), el Centro para los Servicios Sociales Basados en la Evidencia (CEBSS, www.ex.ac.uk/cebss), y un centro similar ha sido recientemente inaugurado en la Universidad de Flinders, en Australia. En los Estados Unidos, un elevado número de centros, por lo general asociados a una escuela universitaria, trabajan actualmente llevando a cabo y evaluando estudios de investigación sobre intervenciones sociales. Decenas de revisiones sistemáticas de estudios relevantes para la profesión de Trabajo Social están siendo publicadas por la Colaboración Cochrane y su asociada en el terreno de intervenciones sociales, la Colaboración Campbell. En Octubre de 2003, el Departamento de Política Social y Trabajo Social de la Universidad de Oxford puso en marcha el primer curso post-gradó en Trabajo Social Basado en la Evidencia (TSBE), que ha atraído a alumnos de catorce países diferentes y ha alcanzado, en su primer año de existencia, una notable popularidad entre la comunidad académica.

Este fenómeno no ha surgido, sin embargo, sobre un vacío metodológico (Trinder, 2000). Citando a Richmond (1917), McDonald utiliza el término «resurgimiento» para referirse al interés renovado en un método, la PBE, cuyos principios esenciales han sido «articulados y discutidos dentro de la literatura del Trabajo Social prácticamente desde la aparición de la profesión» (McDonald, 2003:125). En la misma dirección, Sheldon y MacDonald (1999) consideran que, efectivamente, desde los primeros tiempos de la profesión de Trabajo Social ha existido una especial atención por los estudios de investigación y evaluación, contexto en el cual es posible identificar la idea de la PBE.

Esta tradición de investigación científica en el campo del Trabajo Social ha estado caracterizada, en gran medida, por la existencia de escuelas tan diversas como la empírica o experimental, la pragmática (o pragmatista), y la crítica, cada una de las cuales, especialmente el movimiento experimental y los defensores del pragmatismo, han adaptado la PBE al marco conceptual de sus propios métodos. El tradicional debate, en relación al tipo de metodología más apropiado para investigar los resultados de una intervención social, ha dado lugar a diferentes versiones de la PBE en Trabajo Social: de una parte, la versión empírica, centrada en la evidencia científica derivada de estudios experimentales (principalmente ECRs); y de otra parte, la versión pragmatista, que incorpora, como evidencia, una amplia gama de estudios de investigación, desde los ECRs (si existen en el área en cuestión) a diseños cuantitativos no experimentales, complementados con investigación cualitativa (Trinder, 2000).

Además de entusiasmo en amplios sectores de la profesión, el nuevo paradigma también ha generado un debate, en ocasiones bastante polarizado, sobre la

transferibilidad de los principios de la PBE al Trabajo Social (Gibbs y Gambrill, 2002; Goldstein, 1992; Sheldon, 2001; Trinder, 2000; Webb, 2001; Witkin y Harrison, 2001). Este punto es tratado en la siguiente sección.

8. EL DEBATE ACERCA DEL TRABAJO SOCIAL BASADO EN LA EVIDENCIA

La aparición del TSBE ha sido recibida, por una parte de la literatura, con diversas objeciones, la primera de las cuales se refiere a la existencia de obstáculos materiales y organizativos para la implementación del modelo de la PBE en el área del Trabajo Social. Dos de los pioneros del TSBE en el Reino Unido, Brian Sheldon y Geraldine MacDonald, reconocen que la limitación de recursos materiales, la presión bajo la cual, frecuentemente, los trabajadores sociales desarrollan su labor, y la falta de preparación técnica de un amplio número de profesionales a fin de evaluar críticamente los estudios de investigación, son serias limitaciones a la posible influencia de los principios de la PBE en la disciplina del Trabajo Social (Sheldon y MacDonald, 1999). También se ha afirmado la existencia de factores psico-sociales que podrían actuar contra la expansión de la PBE en esta profesión: por ejemplo, el temor a cuestionar las opiniones predominantes, en un clima en el que las organizaciones son gestionadas, cada vez más, de acuerdo a criterios gerenciales no siempre comprensivos con un juicio profesional que cuestione los procedimientos de deliberación y decisión establecidos (Oxman y Flottorp, 2001).

Sin embargo, tales obstáculos no son exclusivos del campo del Trabajo Social y, en realidad, se refieren a limitaciones genéricas de la PBE en todas las profesiones, incluida la Medicina. Es la existencia de ciertos problemas de índole epistemológica lo que, en opinión de algunos autores, hace problemática la aplicación de la PBE al Trabajo Social. Por ejemplo, Webb (2001) señala que la PBE presume la existencia de métodos absolutamente objetivos de determinación de la evidencia y que propone una versión determinística de racionalidad. El autor considera que este modelo no es aplicable al área del Trabajo Social, pues ignora los complejos procesos de deliberación y elección que los trabajadores sociales tienen que llevar a cabo a la hora de adoptar una decisión profesional. «En su más cruda expresión —afirma Webb— el modelo basado en la evidencia es un método mecanicista que considera al trabajador social como un mero procesador de información al servicio de sistemas de decisión cerrados» (Webb, 2001:67).

También Trinder (2000) advierte de los problemas de transportar los principios de la PBE a profesiones, como Trabajo Social, que operan en un contexto de complejas —y, a veces, caóticas— relaciones humanas, y en el que, con frecuencia, condiciones sociales, culturales, económicas y políticas adversas afectan severamente las vidas de los usuarios. En este marco, señala Trinder, los efectos de una intervención profesional son mucho menos predecibles que, por ejemplo, los efectos de un cierto fármaco o una intervención quirúrgica.

Más dudas acerca del fundamento epistemológico del TSBE son expresadas por McDonald, quien observa que la PBE podría ser insuficiente para responder a

las diversas teorías y corrientes de pensamiento empleadas por los trabajadores sociales en los múltiples escenarios en los que se desarrolla su profesión. McDonald da dos ejemplos de métodos que podrían verse relegados por la aplicación de los principios de la PBE: una interpretación feminista —por oposición a la interpretación psico-clínica— de desórdenes como la anorexia y la bulimia, y una interpretación de las necesidades reales de las personas con discapacidades desde el conocimiento profundo de su particular experiencia de discriminación (McDonald, 2003).

Los argumentos de McDonald enlazan con el debate ideológico suscitado acerca de la PBE: Webb (2001) sostiene que, además de los problemas epistemológicos en la base del TSBE, bajo este movimiento también subyace una clara motivación de tipo ideológico: Webb asocia la popularidad de la PBE con lo que Harris (1998) ha llamado el «nuevo managerialismo» (o «gerencialismo»), caracterizado por el desarrollo de una «cultura de los objetivos», una creciente regulación de los procedimientos y un mayor control sobre los profesionales. De este modo, prosigue Webb, y como un instrumento del sistema gerencial en sus aspiraciones de economía y eficiencia, «la PBE puede tener el efecto de neutralizar el protagonismo del Trabajo Social en el discurso ético y político y de socavar su autonomía como profesión» (Webb, 2001:76). En un modo similar, Trinder (2000) considera que la PBE podría llegar a convertirse en un medio por el cual el sistema gerencial impusiera determinadas concepciones de práctica eficaz, en detrimento del conocimiento base de profesionales e investigadores. Curiosamente, la PBE es también defendida, en sentido contrario: al desarrollar un *corpus* de conocimiento genuinamente científico, la PBE podría convertirse en la estrategia ideal para revigorizar el proyecto del Trabajo Social como profesión frente a las restricciones impuestas por las organizaciones y la consiguiente pérdida de autonomía profesional (McDonald, 2003).

Otro desafío, ya mencionado, al que tiene que hacer frente el TSBE es la existencia de polarizados debates teóricos sobre metodología de investigación, especialmente el debate entre las escuelas empírica y pragmatista. Algunos autores (por ejemplo, Thyer, 2002; Trinder, 2000) postulan la necesidad de establecer conceptos de evidencia que sean realistas con las especiales características del Trabajo Social. Aún reconociendo la gran importancia de los ECRs a la hora de evaluar el grado de eficacia de una intervención, estos autores sugieren que el establecimiento de conceptos razonablemente amplios de evidencia, incluyendo otros diseños de estudios de investigación, ayudaría a superar una de las objeciones más comunes al TSBE: la virtual inaplicabilidad de los resultados derivados de la investigación experimental a grupos humanos con complejas y dispares circunstancias sociales, económicas y culturales. Sheldon (2001) no se muestra conforme con este argumento, aduciendo que el único modo genuinamente adecuado de eliminar cualquier influencia de sesgo de tales circunstancias sobre los efectos de la intervención es el empleo de la asignación randomizada o aleatoria y la estratificación, dos de los métodos característicos de los ECRs.

Sin embargo, y a pesar de la superioridad de los resultados de un ECR en términos de validez interna, razones técnicas y éticas hacen que no siempre sea po-

sible llevar a cabo un estudio experimental de este tipo con el fin de averiguar los efectos de una determinada intervención social. Es más, el propio Sheldon admite que la consideración de los ECRs como única evidencia admisible, resultaría en la eliminación de casi toda la investigación llevada a cabo hasta la fecha en el área del Trabajo Social. En consecuencia, un «sistema piramidal de certidumbre» basado en las jerarquías de evidencia, con sucesivos niveles de fiabilidad atribuidos a los diferentes diseños de investigación podría ser una solución pragmática (Trinder, 2000). Sin duda, ésta es una de las cuestiones más complicadas a las que se enfrenta el TSBE.

Una respuesta mucho más consistente ha sido ofrecida en este debate a la objeción de que la PBE propone un modelo determinista de racionalidad que ignora tanto los complejos procesos de deliberación y decisión de los trabajadores sociales como su pericia y experiencia profesional. Gibbs y Gambrill (2002) defienden que la propia definición de PBE (Sackett et al, 2000) y el cuarto de los principios informadores de la PBE, anteriormente mencionados⁶, muestran la verdadera naturaleza de la PBE, descrita por Gambrill como «un proceso diseñado para integrar eficazmente el juicio profesional con las características específicas de cada usuario, incluyendo sus preferencias y valores, y con la base científica derivada de los estudios de investigación» (Gambrill, 2003:4). En consecuencia, la PBE, siendo ciertamente un instrumento idóneo para la utilización de la más actualizada información científica, no se presenta, sin embargo, como un sustituto de la competencia profesional: la PBE puede ilustrarnos acerca de qué tipo de intervención es más eficaz en una particular parcela del Trabajo Social, pero cualidades como el talento profesional, la empatía, la consideración positiva del usuario de los servicios sociales y la habilidad para construir relaciones humanas, sólo por citar algunas, han de permanecer como patrimonio inalterable del trabajador social en su labor asistencial. Además, la PBE reconoce la importancia de compartir, siempre que ello sea posible, el proceso de deliberación y decisión con el usuario de los servicios sociales, al consagrar sus preferencias y valores como otro de los componentes esenciales de las decisiones basadas en la evidencia.⁷

9. CONCLUSIONES

La PBE en el ámbito de la asistencia sanitaria ha alcanzado una importancia considerable en los países anglosajones, y está emergiendo con fuerza en otros países, entre ellos España. Este proceso de expansión no parece accidental: la PBE más bien se puede considerar el producto de un tiempo caracterizado por la explosión de la tecnología de la información, un creciente sentido del riesgo, y la consagración de los principios de economía, efectividad, transparencia y atención

⁶ La aplicación de la evidencia sólida y relevante a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia y experiencia profesionales y los valores y preferencias del usuario.

⁷ Es más, Haynes y colaboradores sostienen que las preferencias del usuario deben de ser tomadas en consideración por encima de las del propio profesional siempre que ello sea posible (Haynes et al., 2002).

al consumidor. En este contexto, se está produciendo la expansión de la PBE desde el campo de la salud a otras áreas, entre las que se incluye el Trabajo Social, que ha adaptado el nuevo paradigma bajo la denominación de Trabajo Social Basado en la Evidencia (TSBE). El TSBE ha sido acogido con entusiasmo por amplios sectores de la profesión, como un modelo que sintoniza con la aspiración profesional y ética de emplear los medios más eficaces y actualizados en la asistencia del usuario.

Aún es pronto para predecir hasta qué punto la PBE puede ser implementada uniformemente a través de los diversos escenarios sociales en los que los trabajadores sociales actualmente desempeñan su profesión —escenarios, por otra parte, generalmente caracterizados por unas condiciones sociológicas particularmente complejas—. Sin embargo, no parece aventurado afirmar que, junto a recursos materiales y humanos suficientes, la viabilidad estratégica del TSBE requerirá muy especial consideración de una serie de factores inherentes a la práctica del Trabajo Social, como la diversidad cultural, las experiencias individuales y colectivas de marginación y discriminación, las diferencias en las relaciones de poder tanto entre individuos como entre grupos humanos, y la situación de pobreza y exclusión social que asola a una gran parte de los usuarios de los servicios sociales.

Por último, es también difícil de saber si la implementación del TSBE conllevará un control creciente de las estructuras organizativas sobre la autonomía profesional del trabajador social o si, por el contrario, el TSBE será un instrumento decisivo en el proceso de afirmación del Trabajo Social como profesión clave del Estado del Bienestar. Lo que parece ofrecer pocas dudas es que el amplio campo del Trabajo Social es una reserva estimable de talento profesional y científico y que la función del TSBE no es reemplazar ese talento, sino aumentarlo para que sirva de base a una asistencia social cada día más efectiva.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMAN, D.G.

2002 «Poor-quality medical research: what can journals do?». *Journal of the American Medical Association*, 287: 2765-7.

1994 «The scandal of poor medical research». *British Medical Journal*, 308: 283-4.

COCHRANE, A.L.

1972 *Effectiveness and Efficiency. Random Reflexions on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

COCHRANE COLLABORATION

2003 «Glossary», en *Cochrane Collaboration, The Cochrane Library* 2. Oxford: Update Software.

EVANS, D.

2003 «Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating health-care interventions». *Journal of Clinical Nursing* 12(1): 77.

- FERLIE, E.; WOOD, M., y FITZGERALD, L.
1999 «Some limits to evidence-based medicine: a case study from elective orthopaedics». *Quality in Health Care* 8(2): 99-107.
- GAMBRILL, E.
2003 «Evidence-based Practice: Sea Change or the Emperor's New Clothes?» *Journal of Social Work Education* 39: 3-23.
- GIBBS, L., y GAMBRILL, E.
2002 «Evidence-based practice: Counterarguments to Objections». *Research on Social Work Practice* 12(3): 452-76.
- GIDDENS, A.
1994 «Living in a Post-Traditional Society» en *Reflexive Modernisation: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, U. Beck, A. Giddens, y S. Lash, ed. Cambridge, UK: Polity Press.
1990 *The Consequences of Modernity*. Cambridge, UK: Polity.
- GOLDSTEIN, H.
1992 «Should social workers base practice decisions on empirical research? No!» en *Controversial Issues in Social Work*, E. Gambrill y R. Pruger, ed. Boston: Allyn & Bacon.
- GREENHALGH, T.
1997 «How to read a paper: getting your bearings (deciding what the paper is about)». *British Medical Journal* 315: 243-6.
- GREENHALGH, T.; TOON, P.; RUSSELL, J.; WONG, G.; PLUMB, L., y MACFARLANE, F.
2003 «Transferability of principles of evidence based medicine to improve educational quality: systematic review and case study of an online course in primary health care». *British Medical Journal* 326: 142-5.
- HARRIS, J.
1998 «Scientific management, bureau-professionalism, new managerialism: the labour process of state social work». *British Journal of Social Work* 28: 839-62.
- JAYNES, R.B.; DEVEREAUX, P.J., y GUYATT, G. H.
2002 «Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice», editorial. *ACP Journal Club* 136(A11): 1-7.
- HAYNES, R.B.; MUKHERJEE, J.; SACKETT, D.L.; TAYLOR, D.W.; BARNETT, H.J., y PEERLESS, S.J.
1987 «Functional status changes following medical or surgical treatment for cerebral ischemia. Results of the extracranial- intracranial bypass study». *Journal of the American Medical Association* 257: 2043-6.
- LEVINE, M.; WALTER, S.; LEE, H.; HAINES, T.; HOLBROOK, A., y MOYER, V.
1994 «User's Guide to the Medical Literature: How to Use an Article About Harm». *The Journal of the American Medical Association* 271(20): 1615-9.
- MCCORD, J.
1992 «The Cambridge-Somerville Study: A pioneering longitudinal experimental study of delinquency prevention» en *Preventing Antisocial Behavior: Inter-*

- ventions *From Birth Through Adolescence*, J. McCord y R.E. Tremblay, ed. New York: Guilford.
- MCCORD, W.; MCCORD, J., y ZOLA, I. K.
1959 *Origins of Crime: A New Evaluation of the Cambridge-Somerville Youth Study*. New York, NY: Cambridge University Press.
- MCDONALD, C.
2003 «Forward via the Past? Evidence-based Practice as Strategy in Social Work». *The Drawing Board: An Australian Review of Public Affairs* 3(3): 123-42.
- OXMAN, A.D., y FLOTTORP, S.
2001 «An overview of strategies to promote implementation of evidence based health care» en *Evidence-based practice in primary care*, C. Silagy y A. Haines, ed. London: BMJ Publishing Group.
- PETROSINO, A.; TURPIN-PETROSINO, C., y BUEHLER, J.
2004 «Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency» (Cochrane Review) en *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- RAMSEY, P.G.; CARLINE, J.D.; INUI, T.S.; LARSON, E.B.; LOGERFO, J.P.; NORCINI, J.J., y WENRICH, M.D.
1991 «Changes over time in the knowledge base of practicing internists». *Journal of the American Medical Association* 266: 1103-7.
- RICHMOND, M.
1917 *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- SACKETT, D.L.; HAYNES, R.B.; GUYATT, G.H., y TUGWELL, P.
1991 *Clinical epidemiology, a basic science for clinical medicine*, 2nd ed. Boston: Little Brown.
- SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.C.; MUIR-GRAY, J.A.; HAYNES, R.B., y RICHARDSON, W.S.
1996 «Evidence based medicine: what it is and what it isn't». *British Medical Journal* 312: 71-2.
- SACKETT, D.L.; STRAUS, S.E.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W., y HAYNES, R.B.
2000 *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone.
- SARASIN, F.P.
1999 «Decision analysis and the implementation of evidence-based medicine». *QJM* 92(11): 669-71.
- SAVER, J.L., y KALAFUT, M.
2001 «Combination therapies and the theoretical limits of evidence-based medicine». *Neuroepidemiology* 20: 57-64.
- SHELDON, B.
2001 «The validity of evidence-based practice in social work: A reply to Stephen Webb». *British Journal of Social Work* 31(5): 801-9.

SHELDON, B., y MACDONALD, G.

1999 *Research and Practice in Social Care: Mind the Gap*. University of Exeter: Centre for Evidence-based Social Services.

TANENBAUM, S.J.

1999 «Evidence and expertise: the challenge of the outcomes movement to medical professionalism». *Academic Medicine* 74(7): 757-63.

THYER, B.A.

2002 «Evidence-based practice and clinical social work». *Evidence-based Mental Health* 5: 6-7.

TRINDER, L.

2000 «A critical appraisal of evidence-based practice» en *Evidence-based practice: a critical appraisal*, L. Trinder y S. Reynolds, ed. Oxford: Blackwell Science.

WEBB, S.A.

2001 «Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work». *British Journal of Social Work* 31(1): 57-79.

WEIL, E.W.

1999 «From clinical trials to the clinic». *University of Toronto Medical Journal* 76: 144-6.

WITKIN, S.L., y HARRISON, W.D.

2001 «Whose evidence and for what purpose?» *Social Work* 46(4): 293-6.