

4.12 Debilidades en un sistema de investigación en salud

Antes de que la pandemia COVID-19 comenzara, un grupo de investigadores documentó las debilidades en el sistema de investigación en salud. Expusieron la necesidad de una reorganización del sistema, incluyendo las estructuras (p. ej. Colaboraciones globales como Cochrane) e incentivos (p. ej. De universidades, financiadores y revistas científicas) que lo sustentan, con el fin de satisfacer mejor las necesidades de tomadores de decisiones.(15-17) Su principal preocupación se centraba en tres de las formas de evidencia que los tomadores de decisiones típicamente encuentran, como la investigación primaria (y específicamente la evaluación, especialmente ensayos controlados aleatorizados), las síntesis de evidencia, y las guías (y en menor medida las evaluaciones de tecnologías).

Aunque algunas de las debilidades se volvieron más evidentes durante la respuesta con evidencia al COVID-19, la respuesta a la pandemia también generó ejemplos notorios de esfuerzos para abordar muchas de las debilidades. Aunque los investigadores se enfocaron originalmente en desafíos en salud y en algunas formas de evidencia, muchas de las ideas también aplican para otros desafíos sociales y para otras formas de evidencia. Ahora bien, un ejercicio similar también debe ser emprendido para desafíos sociales y formas de evidencia que son lo suficientemente diferentes a los descritos aquí. Por ejemplo, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático ha ayudado en gran medida a la coordinación global en su área de interés, y con la proliferación de nuevos enfoques a llevar a cabo a largo plazo. Sin embargo, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático también podría beneficiarse de complementar estos enfoques con evaluaciones post hoc de las opciones de respuesta al cambio climático.

Debilidades en el sistema de investigación en salud previo al COVID-19	Ejemplos de debilidades que se hicieron más evidentes durante la respuesta con evidencia al COVID-19	Ejemplos de esfuerzos para abordar las debilidades durante la respuesta con evidencia al COVID-19
<p>Falta de coordinación global de comunidades de evidencia, cada una idealmente centrada en el abordaje de desafíos globalmente priorizados usando métodos sistemáticos y transparentes y una gama completa de fuentes de información (p. ej. Registros de estudios, agencias reguladoras, y bases de datos administrativos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos de los temas priorizados por el panel COVID-END global de análisis del horizonte nunca fueron abordados por alguna de las ‘mejores’ síntesis de evidencia • Baja proporción señal/ruido: casi 11.000 síntesis de evidencia sobre COVID-19 fueron reducibles aproximadamente a 600 ‘mejores’ síntesis de evidencia en el inventario COVID-END (con fecha de 7 de noviembre de 2021) con base en cuatro criterios: abordar una pregunta única relevante para una decisión, qué tan reciente se realizó la búsqueda de la evidencia, la calidad de la síntesis, y la disponibilidad del perfil de evidencia GRADE 	<ul style="list-style-type: none"> • COVID-END involucró 55 grupos líderes en síntesis de evidencia, desarrollo de guías y de evaluación de tecnologías, así como colaboradores ciudadanos e intermediarios de evidencia, en esfuerzos para reducir la duplicación y mejorar la coordinación. • PROSPERO instó a los que registraran el protocolo para una síntesis de evidencia del COVID-19 a buscar protocolos ya registrados, y a elegir nuevos temas si la probabilidad de duplicación era alta (aunque 138 equipos procedieron con temas ya registrados por uno de los otros 57 equipos, incluyendo 14 acerca de hidroxiquina y siete sobre el tocilizumab) • La Colaboración Mundial para la Preparación ante Enfermedades Infecciosas vinculó varias organizaciones líderes que financian la investigación en la coordinación de la financiación rápida de investigación primaria sobre COVID-19

<p>Falta de énfasis de las comunidades de evidencia en el mantenimiento de síntesis de evidencia vivas que examinan todas las intervenciones que abordan un desafío prioritario (p. ej. <i>Un metaanálisis en red en lugar de comparaciones por pares solamente</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo el 13% de las síntesis de evidencia de COVID-19 se autodenominaron síntesis de evidencia vivas (vs 52% en el inventario COVID-END donde el estatus de ‘vivo’ fue un criterio usado para identificar las ‘mejores’ síntesis de evidencia) y más de dos tercios de ellas abordaron temas de manejo clínico (en lugar de medidas de salud pública, organización del sistema de salud, y respuestas económicas y sociales) • Solo el 21% de síntesis de evidencia viva de COVID-19 tenían una actualización (tras su primera publicación), el 8% tenían dos, y el 13% tenían dos o más, mientras que la media y la mediana del tiempo entre búsquedas para síntesis con actualizaciones fue 49 y 31 días, respectivamente • Muchas síntesis de evidencia de COVID-19 abordaron tratamientos con un único medicamento, de modo que el inventario de COVID-END pasó a confiar principalmente en COVID-NMA y otros grupos que analizan todos los tratamientos farmacológicos (y a incluir solamente síntesis de estudios de prognosis que incluyen todos los factores pronósticos disponibles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro comunidades de evidencia se encargaron del mantenimiento de metaanálisis vivos de calidad alta sobre todas las terapias farmacológicas, con una de ellas (COVID-NMA) apoyando actualizaciones semanales de evaluaciones de riesgo de sesgo y de evaluaciones de la certeza utilizando GRADE
<p>Falta de énfasis de comunidades de evidencia en la identificación de daños que surjan de las intervenciones, así como se hizo con beneficios (y en general en la inclusión de una gama más amplia de diseños de estudios y tipos de datos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios y las síntesis existentes hasta entonces dificultaron la comprensión sobre qué hacer con los informes sobre los coágulos sanguíneos experimentados por algunos receptores de vacunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Un equipo COVID-END dirigió una revisión sistemática para realizar una evaluación de causalidad de trombocitopenia trombótica que está temporalmente asociada a la administración de vacunas
<p>Falta de compartir los datos de participantes individuales y su uso para examinar de qué manera los hallazgos varían según el tipo de participante, de contexto, y otros factores; y, por lo tanto, de qué manera las intervenciones pueden ser mejor personalizadas o contextualizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos informes documentaron la falta de compartir los datos de participantes individuales (p. ej. Una revisión de 140 estudios al principio de la pandemia encontró que los datos fueron compartidos solamente de un estudio – ver bit.ly/31WQUxM) 	<ul style="list-style-type: none"> • El <i>COVID-19 Knowledge Accelerator</i> desarrolló los métodos requeridos para compartir expresiones computables de evidencia y orientación en plataformas, y Vivli extendió su plataforma para permitir la divulgación de datos de ensayos

<p>Falta de inclusión en comunidades de evidencia de representantes de todos los grupos de evidencia relevantes (p. ej. <i>Investigadores que dirigen estudios primarios como ensayos, sintetizadores de evidencia y desarrolladores de guías</i>), de todos los tipos de tomadores de decisiones, y de todos los tipos relevantes de intermediarios de evidencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Muchos informes describieron de qué manera los ciudadanos fueron menos vinculados en investigación de COVID-19 en comparación con su vinculación en otros tipos de investigación previas a la pandemia, y también describieron la poca disponibilidad al principio de la pandemia de resúmenes de síntesis de evidencia en lenguaje plano (p. ej. bit.ly/3kwCHhr) 	<ul style="list-style-type: none"> La <i>National COVID-19 Clinical Evidence Task Force</i> incluyó muchos profesionales sanitarios (y sus asociaciones) y pacientes en sus guías vivas, y trabajaron en convenio con comunidades de evidencia encargadas del mantenimiento de metaanálisis en red vivos Muchos grupos se vincularon en la modelamiento para ayudar a elegir entre las opciones disponibles (p. ej. Confinamientos) con base en la evidencia disponible y la opinión de expertos, y en algunos casos en el contexto provisto por tomadores de decisiones Muchos grupos prepararon síntesis rápidas contextualizadas tras la solicitud de tomadores de decisiones (con ciudadanos vinculados en el caso de muchas síntesis rápidas de COVID-END)
<p>Falta de uso, por parte de las comunidades de evidencia, de una gama de nuevos abordajes para volverse más eficientes y oportunos en su trabajo (p. ej. <i>Aprendizaje automático y contribuciones de crowdsourcing a su trabajo</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Más de 18.000 estudios habían sido cargados a solo un servidor de preprint (medRxiv) a julio de 2021, reduciendo dramáticamente el tiempo de publicación (con perjuicios inciertos debido a la ausencia de revisión por pares) Muchos casos de uso para enfoques con aprendizaje automático en respuestas al COVID-19 fueron identificados en una revisión de alcance de calidad moderada de 183 informes (bit.ly/3D7bTeV), pero no fueron ampliamente usados al principio de la pandemia. 	<ul style="list-style-type: none"> L*VE (<i>Living Overview of Evidence</i>) usó el aprendizaje automático para mantener un repositorio de estudios primarios y síntesis de evidencia, y el EPPI-Centre usó aprendizaje automático para mantener un mapa de evidencia vivo
<p>Falta de reporte sobre las brechas, la calidad y la transparencia de los estudios primarios (incluyendo conflictos de interés), como parte de un circuito de retroalimentación que tenga el propósito de apoyar el aprendizaje y el mejoramiento – para más detalles, vea la caja 1 en este informe: (17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados de muchos estudios primarios se han puesto disponibles a través de comunicados de prensa en lugar de informes de investigación rigurosos que puedan ser evaluados críticamente Muchos informes señalaron que los estudios primarios tenían un riesgo de sesgo intermedio a alto (p. ej. El 81% de los 713 artículos incluyendo información original de los pacientes de un grupo de 10.516 artículos de COVID-19 – ver bit.ly/3HiI90X) y se han retractado debido a mala praxis científica COVID-END preparó informes sobre la falta de actualización de las síntesis de evidencia (el 91% y el 61% en la base de datos completa y en el inventario de ‘mejores’ síntesis de evidencia, respectivamente, se basaron en búsquedas realizadas más de 180 días antes), calidad moderada o baja (el 75% y el 55%, respectivamente), y falta de perfil de evidencia (81% y 42%, respectivamente), así como el hecho de que las síntesis rápidas eran más proclives a ser de baja calidad comparadas con las síntesis completas (43% comparado con 13%) 	<ul style="list-style-type: none"> RECOVERY (recoverytrial.net) y el Ensayo clínico OMS Solidaridad sobre tratamientos contra el COVID-19 suministraron plataformas para ensayos multicéntricos y en varios países, ultra-rápidos, y de calidad alta en terapias farmacológicas para el COVID-19 COVID-19 <i>Evidence Alerts</i> perfiló estudios primarios clasificados según su calidad