¿Son necesarias las Políticas en Salud Pública basadas en la Evidencia?*

Are Evidence-Based Public Health Policies necessary?

César Johan Pereira-Victorio[1,2,a]

Señor Editor,

Como en cualquier proceso de toma de decisiones, en la práctica de la salud pública, la formulación de Políticas de Salud (PS) es compleja y depende de una variedad de factores científicos, económicos, sociales, culturales, educativos, sanitarios, políticos y ambientales[1]. Es común considerar a las PS como decisiones dirigidas a solucionar problemas en los servicios sanitarios, cuando debiera ser un concepto más global, como es la salud en sí misma, debido a su condición multifactorial.

Las PS son formulaciones de planes, con objetivos de salud y de los medios que serán necesarios para conseguirlos; la Política en Salud Pública basada en la evidencia (PSBE) es el desarrollo, implementación y evaluación de programas efectivos, mediante la aplicación de principios de razonamiento científico, que incluyen el uso sistemático de datos y sistemas de información, que están respaldados por la mejor evidencia disponible[2].

Las intervenciones en Salud Pública(SP) son de composición múltiple, porque influyen varios factores, no sólo sanitarios, debido a esto, los modelos para realizar evaluaciones de efectividad de las intervenciones deben ser diferentes, los estudios observacionales que usualmente son infravalorados en la clasificación de la evidencia, muchas veces son los más indicados para la SP[3]; considerando las diferencias con la Medicina Basada en la Evidencia, el Sistema Nacional de Salud Británico mediante la Agencia de desarrollo de Salud, elaboró una clasificación de la evidencia científica para la SP basada en el evidencia[4], tabla Nº01.

La legislación en SP se cuestiona constantemente, argumentando que limita la libertad y la autonomía de las personas, en la mayoría de ocasiones el impacto mediático que condiciona es polémico, incluso antes de aplicarla[5]. En la actualidad las PS están más presentes de lo que imaginamos,

Tabla Nº01. Niveles de Evidencia y Recomendación para intervención en Salud Pública

NIVEL DE EVIDENCIA	
1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECAs (incluyendo ECAS por clusters) o ECAs con muy bajo riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con bajo riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas o estudios individuales de alta calidad de estudios no aleatorizados (experimentales no aleatorizados, pre post y series temporales) u observacionales analíticos (cohortes, casos y controles de cohortes, correlacionales) con muy bajo riesgo de sesgo.
2+	Estudios individuales no aleatorizados (experimentales no aleatorizados, pre-post y series temporales) u observacionales analíticos (cohortes, casos y controles de cohortes, correlacionales), bien realizados y con bajo riesgo de sesgo.
2-	Estudios individuales no aleatorizados (experimentales no aleatorizados, pre-post y series temporales) u observacionales analíticos (cohortes, casos y controles de cohortes, correlacionales), bien realizados y con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos: series de casos, informes.
4	Opinión de expertos.
NIVEL DE RECOMENDACIONES	
Solida	Hallazgos consistentes en 2 ó más estudios de calidad ++ llevados a cabo en el contexto nacional y aplicable a la población diana, proporcionando pruebas sobre su importancia y su implementación. Revisión sistemática de ECAs o un cuerpo de pruebas a base de estudios puntuados como 1+, directamente aplicables a la población diana y con una demostración consistente de resultados.
Moderada	1 estudio ++ o hallazgos consistentes en 2 ó más estudios de calidad +, llevados a cabo en el contexto nacional y aplicable a la población diana. 2 ó más estudios ++ en contextos no nacionales pero aplicables a la población diana, que proporcionan pruebas sobre la notoriedad y la implementación.
Limitada	1 estudio +, en el contexto nacional, en 2 ó más estudios en contextos no nacionales con hallazgos inconsistentes (en el balance beneficio-riesgo) o estudios de calidad + no nacionales.
Ø	Sin estudios de calidad aceptable, hallazgos inconsistentes o no se ha producido ninguna investigación

Fuente: Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. Health Development Agency; 2005.

1. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
2. Candidato a PhD en Biomedicina Universidad Complutense de Madrid.
a. Médico Cirujano, Máster en Salud Pública.
* Informe Realizado en la Delegación de Sanidad Pública de la Provincia de Albacete.

por ejemplo; las limitaciones del consumo de tabaco en lugares públicos, los exámenes físicos de rutina, las vacunaciones y los tratamientos obligatorios coartarían la autonomía o la integridad física y libertad religiosa; el cribado, las notificaciones de enfermedades y la comunicación a contactos podrían invadir la privacidad; el uso en coches de sillas especiales para bebés y el aislamiento limitarían la libertad de movimiento; los límites de colocar advertencias sanitarias coartarían la libertad de expresión y las inspecciones y el cierre de establecimientos podrían impedir la práctica del libre comercio y reducir los beneficios empresariales; por lo tanto, la regulación en SP es frecuente y su intención es proteger a la población vulnerable directa o indirectamente. Es importante también comprender que la fuerza de voluntad es limitada, el comportamiento de las personas en la mayoría de ocasiones está condicionado por factores sociales, económicos, ambientales, culturales y educativos; muchas conductas arriesgadas puede representar un perjuicio para la salud del individuo, de la población y su economía[6]. La escala de intervención en SP "Observador, informador, facilitador, incentivador, desmotivador y Censurador", muestra el grado de actuación de una PS, a mayor grado de intervención mayor efectividad de la PS, pero mayor coerción y menor popularidad,. Todo ello hace necesaria la legislación en PS, pero basándonos en la mejor evidencia existente.

¿Por qué es mejor una PSBE? Porque la evidencia no excluye valores o preferencias, existe la posibilidad de extrapolar políticas exitosas de un entorno a otro, los decisores que actúan de forma racional parecen más razonables en opinión de la gente y concitan más apoyo, en la toma de decisiones se equivocan menos y aciertan más, pero es importante que estos decisores sean políticos íntegros y que consideren tres factores importantes en la toma de decisiones; los recursos, los valores y la evidencia científica en SP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Brownson RC, Chriqui JF, Stamatakis KA. Understanding Evidence-Based Public Health Policy. Am J Public Health. 2009 Sep;99(9):1576–83.
2. Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. J Public Heal Manag Pr Jphmp. 1999 Sep;5(5):86–97.
3. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. BMJ. 1996 May 11;312(7040):1215–8.
4. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework [Internet]. Health Development Agency; 2005 [cited 2013 Sep 8]. Available from: http://e3idocs.fmhs.fastmail.net/grading_evidence.pdf
5. Nebot M. [Evaluation in public health: does anything go?]. Gac Sanit Sespas. 2007 Apr;21(2):95–6.
6. Gostin LO. General justifications for public health regulation. Public Health. 2007 Nov;121(11):829–34.

Correspondencia:

César Johan Pereira Victorio
Dirección: Calle Menorca Nº 41 Bajo B Madrid
Teléfono: 0034 645 487 613
Correo: pereira.victorio.cj@gmail.com

Revisión de pares:

Recibido: 09/10/2013