

ANTES DE COMENZAR UNA ACTUACIÓN SANITARIA, MEDITA CÓMO VAS A MEDIR SI SU RESULTADO SERÁ MEJOR, IGUAL O PEOR QUE PLACEBO.

El 17 de febrero de 2012, Rafa Bravo hacía en su blog "*Primum non nocere*"¹ una interesante entrada sobre una forma de actuación que suele pasarnos desapercibida en nuestras actividades, citando la sección notas al azar de la página web de la Colaboración Campbell², en la que su director general, Eamonn Noonan, publicaba este comentario:

EL CONOCIMIENTO COMO CATÁSTROFE

No hace mucho, un organismo público en un Estado que conocemos bien encargó una revisión sistemática sobre la eficacia de una intervención específica para *desalentar el tabaquismo*. Antes de que se obtuvieran los resultados, las autoridades decidieron poner en práctica esta intervención, y establecer los contratos necesarios. La revisión encontró que este tipo de programas eran ineficaces. El funcionario que recibió el informe lo describió como una catástrofe.

La historia ilustra un obstáculo bien conocido para una buena colaboración entre los mundos de la investigación y la práctica. Desde una cierta perspectiva lo que cuestiona el buen juicio de una decisión ya tomada es una amenaza, y, potencialmente, una catástrofe. Por lo tanto, lo mejor es no mirar a dicha información, o guardar silencio, si uno se encuentra con ella. Desde la perspectiva del bien público, por supuesto, no es una catástrofe, sino una bendición que una investigación fiable pueda concluir que un determinado programa no es efectivo. Se abre una variedad de opciones prometedoras: evitar el despilfarro al no financiar una intervención ineficaz, enviar el programa de regreso a la mesa, con la intención de solventar sus deficiencias, o canalizar los recursos disponibles a estrategias más prometedoras.

La Colaboración Campbell no estuvo implicada en este asunto, pero sin duda espera contribuir a catástrofes similares en el futuro.

Comentarios desde la Oficina de Evaluación de Medicamentos del SES.

Si tienes un deseo de hacer el bien llevando a cabo una intervención sanitaria³, no olvides que la benevolencia es una condición necesaria, pero no suficiente. Con benevolencia se puede incurrir en un inadvertido sesgo de disponibilidad, concibiendo soluciones simples a problemas complejos, cuyo resultado final puede ser el mismo que si se hubiera hecho con malevolencia.

¹ <http://rafabravo.wordpress.com/2012/02/17/el-conocimiento-como-catastrofe/n>

² http://www.campbellcollaboration.org/news/_Random_Notes_knowledge_catastrophe.php

³ Una intervención sanitaria es: un medicamento, una vacuna, un programa de salud pública, la formación médica continuada, un boletín de un Centro de Información de Medicamentos, cualquier programa de la cartera de servicios, un programa para la prescripción de genéricos, la gestión de las relaciones internas del personal sanitario.

1) Si no conoces el riesgo basal⁴, no comiences la intervención sanitaria. Busca primero el riesgo basal, y una vez que lo encuentres, asegúrate de que supone un problema, es decir, que hay una necesidad sanitaria real de reducirlo.

2) Si conoces el riesgo basal pero no hay pruebas experimentales de que se puede reducir, no comiences la intervención. Adopta el papel de investigador y plantea una hipótesis (creencia) cuya expectativa sea posible investigarla y evaluarla como un balance de beneficios, riesgos, inconvenientes y costes (BRIC).

3) Si conoces el riesgo basal y hay pruebas experimentales de que se puede reducir, pero éstas suponen un negativo, neutro o insignificamente positivo balance BRIC, no comiences la intervención. Busca otra hipótesis (creencia) y sométela a una adecuada prueba experimental, con la menor muestra posible⁵ para averiguar si es mejor, igual o peor que placebo (o no hacer nada).

4) Si conoces el riesgo basal y hay pruebas experimentales de que se puede reducir, y éstas suponen un positivo balance BRIC, no implementes la intervención en toda la población. Comienza con un pilotaje en el mundo real sobre una pequeña muestra representativa de esa población, para poder evaluar en el menor tiempo razonable el balance BRIC, pues la eficacia suele disminuir en la vida real respecto a la más ideal y controlada situación en la que se probó.

5) Si conoces el riesgo basal y las pruebas experimentales no ofrecen un positivo balance BRIC en el pilotaje que llevaste a cabo según el apartado 4), no comiences la intervención. Revisa todos los pasos hasta que el pilotaje ofrezca un positivo balance BRIC.

6) Si no conoces el riesgo basal (o es incierto), pero tienes una sospecha de daños graves, actúa según el “uso racional del principio de precaución”. El principio de precaución no te da carta blanca para implementar la intervención sanitaria, sino que al implementarla: Primero, estás obligado a declarar todas las acciones que harás para buscar el riesgo basal; y Segundo, estás obligado a evaluar el balance BRIC.

⁴ Los riesgos han de ser graves o moderados. Son riesgos graves los que causan la muerte, incapacidad o amenaza de la vida, y la metodología GRADE les asigna una puntuación de 9, 8 ó 7. Son riesgos moderados los que causan deterioro importante de la calidad de vida o son susceptibles de convertirse en graves, y GRADE les asigna una puntuación 6, 5 ó 4. Y son riesgos leves los que causan deterioro no importante en la calidad de vida y no son susceptibles de convertirse en graves.

⁵ Muestreo científico estadístico.