STP: Herramientas SUPPORT para la toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia

# 9. Cómo evaluar la aplicabilidad de los hallazgos de una revisión sistemática

*John N Lavis[1*], Andrew D Oxman[2], Nathan M Souza[3], Simon Lewin[4], Russell L Gruen[5] y Atle Fretheim[6]*

Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S9** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S9.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s9.pdf

1. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3. Health Research Methodology PhD Program and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, 1200 Main St. West, HSC-2D1 Area, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
5. The Alfred Hospital, Monash University, Level 4, 89 Commercial Rd, Melbourne, VIC, Australia 3004
6. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor para correspondencia (lavisj@mcmaster.ca)

El presente documento es una traducción del artículo publicado en Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1). Está permitido su uso, distribución y reproducción ilimitada en cualquier medio, siempre y cuando la fuente esté debidamente citada. En el sitio web de SUPPORT (www.support-collaboration.org) se pueden encontrar enlaces a las traducciones de esta serie al chino, español, francés y portugués. Las sugerencias para correcciones y mejoras de las herramientas de esta serie, que son muy bienvenidas, deben enviarse a: STP@nokc.no.

Esta serie de artículos fue preparada como parte del Proyecto SUPPORT, respaldado por el programa INCO del 6º Programa Marco de la Comisión Europea, contrato 031939. Las siguientes organizaciones financiaron una reunión de revisión por pares donde se discutió una versión anterior de la serie: Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR) y Milbank Memorial Fund. John Lavis recibió apoyo salarial por su condición de Jefe de Investigación de Canadá en Intercambio y Transferencia de Conocimiento (Canada Research Chair in Knowledge Transfer and Exchange). Las siguientes organizaciones respaldaron la traducción y la diseminación de los artículos: Norad, la sede noruega del Grupo de Revisión Cochrane de Prácticas Efectivas y Organización de la Atención de la Salud (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, EPOC); Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, AHPSR, Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ninguno de los financiadores participaron en la preparación del borrador, la revisión o la aprobación del contenido.

Este artículo fue traducido al español por el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) con el apoyo de Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) www.chsrf.ca, Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) www.crep.org.ar, y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (www.paho.org/researchportal).

# Resumen

*El presente artículo forma parte de una serie de artículos destinada a los responsables de la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud y a quienes los respaldan.*

Las diferencias entre los sistemas de salud a veces pueden dar como resultado una opción de programa o política que se utiliza en un lugar y que no es viable o aceptable en otro. O incluso estas diferencias pueden dar como resultado una opción que no funciona de la misma manera en otro lugar, o que no logra producir diferentes impactos en otro lugar. Un desafío clave que pueden enfrentar los responsables de la toma de decisiones en políticas y quienes los respaldan es la necesidad de comprender si la evidencia de la investigación sobre una opción se puede aplicar a su ámbito. Las revisiones sistemáticas simplifican esta tarea ya que resumen la evidencia de estudios realizados en una variedad de lugares diferentes. Sin embargo, varias revisiones sistemáticas no proporcionan descripciones adecuadas de las características de los lugares reales en los que se realizaron los estudios originales. En este artículo sugerimos preguntas para guiar a quienes evalúan la aplicabilidad de los hallazgos de una revisión sistemática a un lugar específico. Entre estas cuestiones se incluyen: 1. ¿Los estudios incluidos en una revisión sistemática se realizaron en el mismo lugar o los hallazgos eran coherentes entre los lugares o períodos de tiempo? 2. ¿Existen diferencias importantes en las realidades y limitaciones sobre el terreno que puedan alterar sustancialmente la viabilidad y aceptabilidad de una opción? 3. ¿Existen diferencias importantes en los arreglos del sistema de salud que puedan significar que una opción podría no funcionar de la misma manera? 4. ¿Existen diferencias importantes en las condiciones iniciales que puedan producir efectos absolutos diferentes aun si la efectividad relativa fuese la misma? 5. ¿Qué percepciones se pueden obtener de las opciones, la implementación, el monitoreo y la evaluación? Aun si existen puntos razonables para concluir que los impactos de una opción pueden diferir en un lugar específico, una revisión sistemática casi siempre puede ofrecer percepciones sobre las posibles opciones, así como también enfoques para la implementación de las opciones y para el monitoreo y la evaluación.

## ACERCA DE LAS HERRAMIENTAS SUPPORT (STP)

*El presente artículo forma parte de una serie de artículos destinada a los responsables de la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud y a quienes los respaldan. El objetivo de esta serie de artículos es ayudar a que estas personas se aseguren de tomar las decisiones informándose por la mejor evidencia de la investigación disponible. En la Introducción de esta serie [1], se describen con más detalle las Herramientas SUPPORT y las maneras en las cuales pueden ser utilizadas. Adjunto a cada artículo se encuentra un glosario que se aplica a toda la serie (ver Archivo adicional 1). En el sitio web de SUPPORT (www.support-collaboration.org) se pueden encontrar enlaces a las traducciones de esta serie al español, portugués, francés y chino. Las sugerencias para correcciones y mejoras de las herramientas de esta serie, que son muy bienvenidas, deben enviarse a: STP@nokc.no.*

## ESCENARIOS

*Escenario 1: Usted es un funcionario público de alto rango que presentará ante el Ministro un breve informe sobre la evidencia para respaldar una opción que fue seleccionada provisoriamente para abordar un problema de alta prioridad. Le preocupa la posibilidad de que los hallazgos de una revisión sistemática relevante y de alta calidad que se utilizaron para realizar la selección se apliquen a su lugar específico, y desea asegurarse de que su personal haya evaluado este tema.*

*Escenario 2: Usted trabaja en el Ministerio de Salud y está preparando un breve informe sobre una opción que se considera que aborda un problema de alta prioridad. Todo lo que le indicaron es que el informe debe resumir los hallazgos de la revisión sistemática más relevante de más alta calidad y evaluar la aplicabilidad de los hallazgos a su ámbito.*

*Escenario 3: Usted trabaja en una unidad independiente que respalda al Ministerio de Salud en el uso de la evidencia para la toma de decisiones en políticas. Está preparando un detallado informe de investigación para el Ministerio de Salud acerca de lo que se conoce y lo que no se conoce sobre una opción para abordar un problema de alta prioridad. Le informaron que los responsables de la toma de decisiones en políticas hallaron que una revisión sistemática en particular es convincente; sin embargo, usted desea obtener una orientación sobre cómo evaluar si los hallazgos de la revisión son aplicables a su ámbito.*

## ANTECEDENTES

Para los responsables de la toma de decisiones en políticas (Escenario 1), este artículo sugiere una serie de preguntas que podrían considerar los miembros de su personal al

preparar un breve informe sobre una revisión sistemática que podría ser la base para seleccionar una opción y comunicar los fundamentos de la selección. Para quienes respaldan a los responsables de la toma de decisiones en políticas (Escenarios 2 y 3), este artículo sugiere una serie de preguntas para guiar la evaluación de la aplicabilidad de los hallazgos de una revisión sistemática para un lugar específico. Este artículo es el tercero de cuatro artículos de esta serie sobre la búsqueda y evaluación de revisiones sistemáticas para informar la toma de decisiones en políticas (ver también Artículos 7, 8 y 10 [2-4]). La Figura 1 da una idea general de los pasos que implican la búsqueda y evaluación de revisiones sistemáticas para informar a los responsables de la toma de decisiones en políticas.

Las similitudes en la biología humana significan que un procedimiento clínico o un fármaco a veces funcionarán de la misma manera en distintos pacientes. Sin embargo, esto no siempre sucede, y por ello se desarrollaron preguntas para ayudar a los prestadores de salud a evaluar la aplicabilidad de la evidencia de la investigación en sus pacientes [5]. Las diferencias entre los sistemas de salud a menudo pueden significar que una opción de programa o política que se utiliza en un lugar no es viable o aceptable en otro lugar. Estas diferencias también pueden significar que una opción puede no funcionar de la misma manera en otro lugar o que puede tener impactos diferentes en otro lugar [6,7]. Por ejemplo, la implementación de los copagos no pudo lograr impactos positivos consistentes en varios países de África Subsahariana en comparación con países de otras regiones. En parte, esto se debió a una serie de consideraciones contextuales, como la falta de familiaridad de las personas con el pago por servicios de salud pública [8]. Un desafío clave que deben enfrentar los responsables de la toma de decisiones en políticas y quienes los respaldan es determinar si la evidencia de la investigación sobre los impactos de una opción son aplicables a su ámbito.

Las revisiones sistemáticas simplifican esta tarea al ofrecer un único resumen de estudios de distintos lugares. La palabra “lugares”, en esta instancia, se refiere a *jurisdicciones* políticas/de países (por ejemplo, Canadá o Camerún, o las provincias constituyentes). Sin embargo, los lugares pueden incluir también *sectores* (por ejemplo, atención primaria o atención hospitalaria), y *localidades* (por ejemplo, urbanas o rurales). Las revisiones sistemáticas también pueden ayudar con el proceso de emitir juicios sobre la aplicabilidad de la evidencia a lugares específicos al proporcionar un marco y, si está disponible, evidencia de investigación que se pueden utilizar para identificar aquellos factores que son esenciales para que funcione una opción, o que podrían modificar sus impactos. Una revisión sistemática de las políticas farmacéuticas (es decir, precios de referencia, otros precios y políticas de compra de fármacos), por ejemplo, proporcionó un resumen de los factores que podían influenciar los impactos de los precios de referencia, así como los fundamentos de cada factor [9]. Estos factores incluían la equivalencia del fármaco, los incentivos, las exenciones, la disponibilidad de fármacos, los niveles de precios y los sistemas de información electrónica.

Lamentablemente, varias revisiones sistemáticas:

- *No* resaltan las características de los lugares en los cuales se realizaron los estudios, particularmente esas características que pueden modificar los impactos de una opción
- *No* ofrecen un marco para identificar los posibles factores de modificación
- *No* proporcionan evidencia de la investigación sobre los factores modificadores

En estos casos, los artículos analíticos de políticas o las revisiones narrativas pueden proporcionar marcos más valiosos que se podrían utilizar para informar los juicios sobre la aplicabilidad de la evidencia en una revisión sistemática.

Un marco para interpretar la corrupción en el sector de la salud y sus determinantes, por ejemplo, resaltó cómo los arreglos del sistema de salud (por ejemplo, los arreglos de gobernanza que limitan a los monopolios, requieren transparencia y respaldan el cumplimiento) y otros factores influenciaron las "oportunidades" y la "presión" del abuso, así como también la racionalización del abuso, y de qué manera esto influenció el abuso de poder para la ganancia privada [10]. Sin embargo, en el mejor de los casos, una revisión sistemática sobre los impactos de los esfuerzos anti-corrupción también hubiera descrito los arreglos relevantes del sistema de salud en los lugares donde se realizaron los estudios. Esas características que pueden influenciar las oportunidades y la presión del abuso y la racionalización de tal comportamiento, serían de particular interés ya que permitirían que el lector vincule los determinantes identificados por el marco con los hallazgos presentados en la revisión.

Las consideraciones de aplicabilidad son igualmente, o incluso más importantes, para otros tipos de revisiones sistemáticas. Por ejemplo, las revisiones de estudios de bases de datos administrativas y de encuestas comunitarias pueden ayudar a colocar los problemas en una perspectiva comparable y las revisiones de estudios observacionales pueden ayudar a caracterizar los probables daños de una opción. Las revisiones de estudios cualitativos pueden ayudar en la interpretación de los significados que los individuos o grupos asignan a los problemas particulares, cómo y por qué funcionan las opciones particulares, y los puntos de vista de las partes interesadas (*stakeholders*) sobre las experiencias con las opciones particulares. Sin embargo, lo que sigue a continuación en este artículo se centra más en las revisiones sistemáticas sobre los impactos de una opción. Dicho esto, puede proporcionar cierta ayuda en la evaluación de la aplicabilidad local de los hallazgos de las revisiones de los estudios observacionales sobre los daños estar respaldado por las revisiones sobre cómo y por qué funcionan las opciones particulares, y brindar algunas perspectivas de cómo enfocar las evaluaciones de aplicabilidad local de otros tipos de revisiones.

## PREGUNTAS A TENER EN CUENTA

Las siguientes cinco preguntas pueden servir de guía para evaluar si los hallazgos de una revisión sistemática son aplicables a un lugar específico.

1. ¿Los estudios incluidos en una revisión sistemática se realizaron en el mismo lugar o los hallazgos eran coherentes entre los lugares o períodos de tiempo?
2. ¿Existen diferencias importantes en las realidades y limitaciones sobre el terreno que puedan alterar sustancialmente la viabilidad y aceptabilidad de una opción?
3. ¿Existen diferencias importantes en los arreglos del sistema de salud que puedan significar que una opción podría no funcionar de la misma manera?
4. ¿Existen diferencias importantes en las condiciones iniciales que puedan producir efectos absolutos diferentes aun si la efectividad relativa fuese la misma?
5. ¿Qué percepciones se pueden obtener de las opciones, la implementación, el monitoreo y la evaluación?

## 1. ¿Los estudios incluidos en una revisión sistemática se realizaron en el mismo lugar o los hallazgos eran coherentes entre los lugares o períodos de tiempo?

Si los estudios incluidos en una revisión sistemática se realizaran en el mismo lugar donde se encuentran los responsables de la toma de decisiones en políticas, o bien en lugares muy *similares*, podría haber poco motivo para preocuparse sobre la aplicabilidad de los hallazgos. Igualmente, si los hallazgos hubieran demostrado ser coherentes entre los lugares o períodos de tiempo, entonces se podrían esperar impactos similares. Es probable que las realidades y limitaciones sobre el terreno, los arreglos del sistema de salud y las condiciones iniciales difieran en los lugares y cambien con el tiempo, por eso es probable que los hallazgos sistemáticos en estas circunstancias signifiquen que estos son aplicables ampliamente. (Estas tres cuestiones son el foco de las próximas tres preguntas que siguen esta sección).

La siguiente información de las revisiones sistemáticas puede ser utilizada por los responsables de la toma de decisiones en políticas para informar los juicios relacionados con tales cuestiones:

- La información sobre los lugares de los estudios y las especificaciones con respecto a los períodos de tiempo en los que se realizaron los estudios. Por lo general, se puede encontrar en una sección de la revisión titulada “Características de los estudios incluidos” (o similar)
- La información sobre la coherencia de los hallazgos, por lo general, se puede encontrar en el resumen de la revisión o en la sección “Resultados”

Cuando la información sobre los lugares y los períodos de tiempo en una revisión sistemática es limitada, los responsables de la toma de decisiones en políticas y quienes los respaldan pueden ponerse en contacto con los autores de la revisión para ver si cuentan con información adicional y si identificaron las consideraciones clave de aplicabilidad local. Si este contacto produce pocos resultados, pueden recuperar los estudios originales para ubicar esta información si el tema es de prioridad lo suficientemente alta, y si los recursos y el tiempo lo permiten. Un potencial beneficio

del contacto directo con los autores de la revisión es que puede alentarlos a prestar atención a la información necesaria para las evaluaciones de aplicabilidad local y las consideraciones en futuras revisiones.

La investigación que compara las tasas de mortalidad en los hospitales públicos con las tasas de mortalidad en los hospitales privados proporciona un ejemplo de cómo se pueden utilizar esos datos [11]. Esta investigación se realizó en los Estados Unidos durante varias décadas en las cuales el sistema de salud cambió considerablemente. La investigación demostró una coherencia notable a lo largo del tiempo en lo que respecta a la ventaja de supervivencia significativa de recibir tratamiento en hospitales públicos. En función a estos hallazgos, un responsable de la toma de decisiones en políticas de Canadá podría llegar a la conclusión de que se vería un hallazgo igualmente coherente en un lugar canadiense. Y esta conclusión puede ayudarlos a evitar la introducción de hospitales privados en el sistema actual que consiste solamente en hospitales públicos (o al menos evitar el uso de los beneficios en la salud como una justificación para hacerlo).

## 2. ¿Existen diferencias importantes en las realidades y limitaciones sobre el terreno que puedan alterar sustancialmente la viabilidad y aceptabilidad de una opción?

Si los estudios incluidos en una revisión sistemática se realizaran en lugares con limitaciones de recursos y capacidades similares en cuanto al lugar donde se pueden aplicar los hallazgos, *y* perspectivas similares e influencias políticas notablemente similares entre las partes interesadas del sistema de salud, los responsables de la toma de decisiones en políticas podrían esperar que una opción sea viable y aceptable en su propio ámbito. Sin embargo, los responsables de la toma de decisiones en políticas rara vez podrán encontrar información sobre las limitaciones de recursos y capacidades y sobre la influencia de las partes interesadas en una revisión sistemática. En cambio, encontrarán una descripción de la opción que se estudió. Por lo general, estarán lo suficientemente familiarizados con los recursos, las capacidades y la influencia de las partes interesadas en sus lugares para que puedan juzgar la viabilidad y aceptabilidad de una opción.

Los responsables de la toma de decisiones en políticas con limitaciones significativas de recursos y capacidades tendrán que pensar dos veces sobre la viabilidad de una opción [12]. Algunos lugares, por ejemplo, pueden enfrentar una falta de profesionales de enfermería y, por lo tanto, es probable que cualquier opción que requiera un rol significativo para esta categoría de prestador de salud no sea viable a corto plazo [13]. De igual manera, algunos lugares tienen recursos financieros tan limitados que una opción que demostró tener impactos significativos, como la terapia combinada basada en la artemisinina (ACT) para tratar el paludismo, podrían considerarse inviables a gran escala sin el significativo respaldo de un donante [14]. Algunos sistemas de salud pueden estar funcionando al máximo como para poder acomodar un incremento en la

demanda producido por la introducción de transferencias de efectivo condicionales (es decir, la provisión de dinero a las familias con la condición de que cumplan con ciertas conductas de salud y de búsqueda de atención de la salud) [14,15]. O incluso los lugares pueden carecer de las capacidades dentro de los gobiernos o entre los gestores, los prestadores de salud y los consumidores (es decir, los receptores de la atención de la salud y los ciudadanos) para respaldar el uso generalizado de una opción en particular. Es posible que la auditoría y devolución (*feedback*) (es decir, la provisión de prestadores de salud con datos sobre su desempeño), por ejemplo, no sean viables en los lugares donde los datos recolectados en la práctica de rutina son poco confiables.

En un lugar en el que las partes interesadas se oponen a una opción y tienen influencia significativa sobre la práctica y la política, es posible que los responsables de la toma de decisiones en políticas tengan que evaluar con cuidado la probable aceptabilidad de una opción. Las asociaciones de prestadores de salud, como por ejemplo las asociaciones de enfermeros, pueden resistir la introducción o expansión de un programa de trabajadores sanitarios legos si perciben que los ingresos o el estado de los enfermeros podrían verse afectados [14,16]. Además, las organizaciones de la sociedad civil pueden oponerse activamente a los cambios que reducirían el uso de fármacos recetados entre los consumidores, particularmente fármacos esenciales y fármacos que son importantes en el tratamiento de enfermedades crónicas [14,17]. Esos cambios pueden incluir la introducción de topes (es decir, a los consumidores se les reembolsa hasta una cantidad máxima fija de prescripciones), coseguros (es decir, los consumidores pagan un porcentaje del precio del fármaco recetado) y copagos (es decir, los consumidores pagan una cantidad fija por fármaco recetado).

Significativamente, varias realidades y limitaciones sobre el terreno se pueden abordar con el tiempo. Los programas de capacitación de los profesionales de enfermería, por ejemplo, se pueden ampliar y los donantes pueden subsidiar el valor de un fármaco costoso como la ACT. En forma similar, los gobiernos pueden mejorar la calidad de los datos recolectados en la práctica de rutina, y las asociaciones de prestadores de salud y las organizaciones de la sociedad civil pueden comprometerse en una serie de negociaciones o diálogos.

## 3. ¿Existen diferencias importantes en los arreglos del sistema de salud que puedan significar que una opción podría no funcionar de la misma manera?

Si los estudios incluidos en una revisión sistemática se realizaran en lugares con arreglos del sistema de salud *similares* al lugar donde pueden aplicarse los hallazgos, particularmente esos que pueden alterar sustancialmente los posibles impactos de una opción, los responsables de la toma de decisiones en políticas podrían esperar una efectividad relativa similar en su ámbito. Decidir si los arreglos del sistema de salud podrían alterar los impactos de una opción requiere una interpretación de cómo *y* por qué podría funcionar una opción. Dentro de una revisión sistemática, los responsables

de la toma de decisiones en políticas pueden hallar un marco y una evidencia de investigación que identificarán esos factores esenciales para que funcione una opción, o que podrían modificar sus impactos. Los responsables de la toma de decisiones en políticas también pueden encontrar un resumen de esas características de los lugares en los que se realizaron los estudios, y que podrían modificar los impactos de una opción.

Si una revisión sistemática no proporciona la información necesaria para determinar si los arreglos del sistema de salud en particular pueden dar como resultado una opción que no funciona de la misma manera, los responsables de la toma de decisiones en políticas podrían buscar:

- Artículos analíticos de políticas o revisiones narrativas que incorporan marcos valiosos que se podrían utilizar para identificar los factores que pueden modificar los impactos de una opción
- Descripciones detalladas de los arreglos del sistema de salud, específicamente aquellos que pueden alterar sustancialmente los posibles impactos de una opción, en los lugares donde se realizaron los estudios

The European Observatory on Health Systems and Policies publica y actualiza periódicamente los perfiles de los sistemas de salud de una gran cantidad de países de medianos y altos ingresos. Estos perfiles de "Salud en transición" (Health in Transition, HiT) se pueden encontrar en (www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1) y se pueden descargar de manera gratuita. The Health Policy Monitor proporciona una base de datos que se puede buscar en la web de las características del sistema de salud clave en algunos de esos mismos países (www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html). Varias oficinas regionales de la Organización Mundial de la Salud también proporcionan perfiles de los sistemas de salud de países en su región (por ejemplo, www.searo.who.int/EN/Section313/Section1515_6038.htm).

Los responsables de la toma de decisiones en políticas en un lugar con arreglos del sistema de salud muy distintos, específicamente arreglos que parecen significativos para determinar si una opción funcionará de la misma manera, deben ser cautelosos al asumir que se podría lograr la efectividad relativa comparable. Por ejemplo, en una revisión de precios de fármacos de referencia [9], seis de los diez estudios se realizaron en personas mayores/jubilados en British Columbia, Canadá. Los responsables de la toma de decisiones en políticas en otros lugares pueden concluir que *no* podrán lograr impactos comparables a los del el ejemplo canadiense si tienen cualquiera de las siguientes cuestiones dentro de sus propios arreglos del sistema de salud:

- Incentivos para consumidores, prestadores de salud, farmacéuticos y compañías farmacéuticas inadecuados para cumplir con el sistema de precios de fármacos de referencia

- Un sistema de procesamiento electrónico que carece de la capacidad para alcanzar los bajos costos de administración asociados con la identificación, prescripción y distribución de fármacos de referencia y las exenciones de gestión

Del mismo modo, otras políticas de precios examinadas en mercados farmacéuticos competitivos pueden provocar una efectividad relativa diferente en mercados con monopolios.

A diferencia de la posibilidad de un cambio asociado en las realidades sobre el terreno que discutimos anteriormente en la Pregunta 2, hay menos posibilidad de que se puedan modificar los arreglos del sistema de salud. Los arreglos del sistema de salud son difíciles de modificar y, generalmente, los fundamentos que respaldan un cambio deberían ser más convincentes que sólo la *posibilidad* de que mejoraría el impacto de una sola opción.

### 4. ¿Existen diferencias importantes en las condiciones iniciales que puedan producir efectos absolutos diferentes aun si la efectividad relativa fuese la misma?

Si los estudios incluidos en una revisión sistemática se realizaran en lugares con condiciones iniciales *similares* a aquellas en las que se pueden aplicar los hallazgos, como en términos de la cobertura de la población por parte de un programa o política, los responsables de la toma de decisiones en políticas podrían esperar efectos absolutos similares en sus lugares (siempre y cuando la respuesta que hayan dado a la Pregunta 3 los haya llevado a esperar una efectividad relativa similar). Los responsables de la toma de decisiones en políticas a menudo podrán encontrar información sobre las condiciones iniciales dentro de las revisiones sistemáticas en una sección titulada “Características de los estudios incluidos”. Por otro lado, es posible que tengan que recuperar los estudios originales incluidos en la revisión con la esperanza de que las condiciones iniciales estén mejor descritas allí. Los responsables de la toma de decisiones en políticas por lo general podrán encontrar evidencia local sobre las condiciones iniciales en su propio ámbito. (El Artículo 11 de esta serie aborda cómo encontrar y utilizar la evidencia local [18]).

Los responsables de la toma de decisiones en políticas en un lugar con condiciones iniciales *diferentes* pueden esperar impactos absolutos diferentes. Es probable que el impacto absoluto de la auditoría y devolución (*feedback*), por ejemplo, sea mayor que en instancias donde el cumplimiento inicial con la práctica recomendada es bajo [19]. De modo similar, el impacto absoluto de una iniciativa de pago por desempeño puede ser mayor en los países de medianos y bajos ingresos (donde los pequeños incentivos financieros pueden estar relacionados con los salarios) que en los países de altos ingresos [20].

Esta pregunta que resalta la relación entre las condiciones iniciales y los efectos absolutos también es muy relevante en el marco clínico en el que la efectividad relativa de una intervención clínica es a menudo la misma entre los pacientes pero donde los riesgos iniciales de los pacientes pueden variar considerablemente [21,22]. La pregunta también es muy relevante en los lugares de salud pública donde se pueden introducir programas de inmunización, por ejemplo, en países con condiciones iniciales muy diferentes. El Artículo 16 de esta serie aborda el uso de las hojas de balance para resumir los impactos importantes y proporciona más detalles sobre la efectividad relativa y los impactos absolutos [23].

### 5. ¿Qué percepciones se pueden obtener de las opciones, la implementación, el monitoreo y la evaluación?

Aun si los hallazgos de las revisiones sistemáticas no se aplican directamente a un lugar determinado, se pueden obtener lecciones importantes. A los responsables de la toma de decisiones en políticas se les puede brindar una idea para una opción que probablemente no consideraron. También pueden obtener percepciones de cómo se implementaron las opciones en otros lugares. Y pueden basarse directamente en la revisión sistemática al desarrollar un plan de monitoreo y evaluación. Los responsables de la toma de decisiones en políticas pueden aprender, por ejemplo, sobre un nuevo enfoque para respaldar la atención basada en el trabajo en equipo, la importancia de comprometer a los gestores de nivel medio y a los enfermeros de primera línea en la implementación de una opción, y qué tipos de resultados deberían encontrar cuando monitorean y evalúan la implementación de una opción seleccionada.

La Tabla 1 y la Tabla 2 proporcionan ejemplos de una evaluación de la aplicabilidad de una revisión sistemática.

## CONCLUSIÓN

*Las evaluaciones de la aplicabilidad* de los hallazgos de una revisión sistemática pueden demorar mucho tiempo en prosperar. Sin embargo, esas evaluaciones son críticas cuando se propone una opción sobre la base de una revisión sistemática relevante y de alta calidad. Los responsables de la toma de decisiones en políticas y otras partes interesadas necesitan saber si pueden esperar hallazgos similares en sus propios lugares. A diferencia de una evaluación de la calidad de una revisión, que a menudo se puede delegar a los investigadores, las personas deben realizar una evaluación de la aplicabilidad local con una muy buena interpretación de las realidades y limitaciones sobre el terreno, los arreglos del sistema de salud y las condiciones iniciales en el lugar específico. La evaluación de la aplicabilidad local es un dominio en el que los responsables de la toma de decisiones en políticas y quienes los respaldan deben estar activamente comprometidos.

## RECURSOS

### Documentos útiles y lectura complementaria

Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: Applying results to individual patients. En Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Editado por Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York, USA: McGraw Hill; 2008

Haynes RB: Can it work? Does it work? Is it worth it?: The testing of healthcare interventions is evolving. BMJ 1999, 1999: 652-653

### Enlaces a sitios web

Colaboración SUPPORT: www.support-collaboration.org – Ejemplo de una fuente de resúmenes de revisiones sistemáticas fáciles de usar para los responsables de la toma de decisiones en políticas que proporciona una evaluación de la aplicabilidad de los hallazgos de cada revisión (en este caso para los países de medianos y bajos ingresos), y que resalta los factores que los responsables de la toma de decisiones en políticas deben tener en cuenta cuando evalúan la aplicabilidad de los hallazgos en sus propios lugares

European Observatory on Health Systems and Policies: www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1 – Ejemplo de una fuente de perfiles (Salud en transición, Health in Transition –HiT-) de los sistemas de salud de una gran cantidad de países de medianos y altos ingresos

Health Policy Monitor: www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html – Base de datos que se puede buscar en la web de las características del sistema de salud clave en una cantidad de países de medianos y altos ingresos

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

JNL preparó el primer borrador. ADO, NMS, SL, RLG y AF contribuyeron en la elaboración y revisión de este artículo.

## AGRADECIMIENTOS

Consulte la Introducción de esta serie para ver los agradecimientos a los financiadores y los colaboradores. Además, queremos agradecerles a Sara Bennett, Mike Kelly y al

personal la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud y de Atención de Largo Plazo (MoHLTC) de Ontario por los comentarios útiles a una versión anterior de este artículo.

## REFERENCIAS


1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S *et al.*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

3. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

4. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

5. Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: **Applying results to individual patients.** In *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008.

6. Gruen RL, Morris PS, McDonald EL, Bailie RS: **Making systematic reviews more useful for policy-makers.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83:**480-1.

7. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:**1615-21.

8. Gilson L: **The lessons of user fee experience in Africa.** *Health Policy Plan* 1997, **12:**273-85.

9. Aaserud M, Dahlgren AT, Kosters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H: **Pharmaceutical policies: Effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, **2:**CD005979.

10. Vian T: **Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions.** *Health Policy and Planning* 2008, **23:**83-94.

11. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, *et al*: **A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals.** *CMAJ* 2002, **166:**1399-406.

12. Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, Mills A: **Intervention complexity: A conceptual framework to inform priority-setting in health.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83:**285-93.

13. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C: **Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors.** *BMJ* 2002, **324:**819-23.

14. World Health Organization (WHO): *Guidelines for the Treatment of Malaria*. Geneva, World Health Organization. 2009.

15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: **Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review.** *JAMA* 2007, **298:** 1900-1910.

16. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B *et al.*: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1:**CD004015.

17. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H *et al.*: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1:**CD007017.

18. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.

19. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD: **Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **2:**CD000259.

20. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing*. Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

21. Deeks JJ: **Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes.** *Statistics in Medicine* 2002, **21:**1575-1600.

22. Engels EA, Schmid CH, Terrin N, Olkin I, Lau J: **Heterogeneity and statistical significance in meta-analysis: An empirical study of 125 meta-analyses.** *Statistics in Medicine* 2000, **19:**1707-28.

23. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S16)**.

24. Shepperd S, Iliffe S: **Hospital at home versus in-patient hospital care.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, **3:**CD000356.

25. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, *et al*: **Admission avoidance hospital at home.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **4:**CD007491.

26. Flottorp S: *Do lay health workers in primary and community health care improve maternal and child health? A SUPPORT Summary of a systematic review*. [www.iecs.org.ar/support/administracion/files/20080909113811_13.pdf]. 2009.

27. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Bosch-Capblanch X, Aja G, van Wyk B, Glenton C, *et al*: *Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials*. A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva, World Health Organization. 2006.

**Figura 1. Búsqueda y evaluación de revisiones sistemáticas para informar la toma de decisiones**

## Tabla 1. Evaluación de la aplicabilidad local de una revisión sistemática sobre la atención domiciliaria (desde la perspectiva de un responsable de la toma de decisiones en políticas canadiense)

Los responsables de la toma de decisiones en políticas que evalúan la aplicabilidad de una revisión de 2005 de la atención domiciliaria podrían aplicar la serie de preguntas que se discutieron anteriormente de la siguiente manera [24]:

1. ¿Los estudios incluidos en la revisión sistemática se realizaron en el mismo lugar o los hallazgos eran coherentes entre los lugares o períodos de tiempo?
    - Se incluyeron 22 estudios en la revisión:
        - 9 del Reino Unido
        - 3 de Australia
        - 1 de Italia, 1 de Noruega y 1 de los Estados Unidos
        - 7 estudios no se describieron de una manera que identifique el país en el que se realizó el estudio
    - Los hallazgos no eran coherentes entre los lugares
    - Dos estudios se publicaron en 1978 mientras los otros se publicaron desde 1992 en adelante. Varios no especificaron el período de tiempo, lo que dificulta el respaldo del argumento de que los hallazgos eran coherentes en los períodos de tiempo

2. ¿Existen diferencias importantes en las realidades y limitaciones sobre el terreno que puedan alterar sustancialmente la viabilidad y aceptabilidad de una opción?
    - En Canadá, hay una fuerte demanda de enfermeros (particularmente en los hospitales) y muchos no están familiarizados con el ámbito de la práctica requerida en los lugares de atención domiciliaria. Esto significa que varios enfermeros pueden no optar por oportunidades de trabajo en lugares de atención domiciliaria
    - En Canadá, a diferencia del Reino Unido donde se realizaron 9 de 13 estudios identificados, los ciudadanos difieren en cuanto a si tienen cobertura complementaria que le permita tener atención domiciliaria más intensiva. Esto significa que relativamente más personas adineradas pueden obtener acceso a la atención domiciliaria respecto de las personas menos adineradas
    - En Canadá, a diferencia del Reino Unido, es posible que los receptores de la atención domiciliaria y sus familias tengan que recorrer largas distancias si tienen que buscar cuidados intensivos. Por lo tanto, algunos pueden demorar el alta hospitalaria; otros pueden sufrir si es difícil el traslado desde el hospital
    - En Canadá, los enfermeros pueden enfrentarse a una disminución del pago si se trasladan desde los hospitales a la comunidad. Por lo tanto, muchos de ellos pueden oponerse activamente al cambio de la atención hospitalaria a la atención domiciliaria

- En Canadá, existe mucha más separación entre los servicios de salud y sociales (al menos fuera de la provincia de Québec) que en el Reino Unido, lo que significa que los prestadores de salud pueden enfrentar una mayor carga que no está cubierta por los servicios sociales

3. ¿Existen diferencias importantes en los arreglos del sistema de salud que puedan significar que una opción podría no funcionar de la misma manera?
   - En Canadá, como se sugirió anteriormente, los receptores de la atención domiciliaria y sus familias no pueden confiar en el mismo alcance de servicios disponibles que el del Reino Unido (al menos fuera de la provincia de Québec).
   - En Canadá, a diferencia del Reino Unido, existe un compromiso gubernamental con el seguro de atención hospitalaria y médica pero no con el seguro de atención domiciliaria, lo que significa que los receptores de la atención domiciliaria canadienses y sus familias pueden enfrentar barreras financieras significativas para acceder a la atención domiciliaria
   - En Canadá, a diferencia del Reino Unido, la mayoría de los canadienses no están "sujetos" a una práctica de atención primaria de la salud multidisciplinaria, y algunos receptores de la atención domiciliaria canadienses no tendrían siquiera un prestador regular de atención primaria de la salud

4. ¿Existen diferencias importantes en las condiciones iniciales que puedan producir efectos absolutos diferentes aun si la efectividad relativa fuese la misma?
   - En Canadá, la atención domiciliaria está muy bien establecida para la mayoría de los tipos de atención, lo que significa que los beneficios pueden ser pequeños en valores absolutos, al menos para aquellos que no enfrentan barreras financieras

5. ¿Qué percepciones se pueden obtener de las opciones, la implementación, el monitoreo y la evaluación?
   - En Canadá, los esquemas para evitar la hospitalización pueden ser una opción relativamente desconocida en comparación con los esquemas establecidos, como el alta temprana de los pacientes ancianos, o los pacientes que se sometieron a una cirugía, o la atención de los enfermos terminales
   - La revisión se actualizó y se dividió en dos revisiones por separado; una trata específicamente sobre los esquemas para evitar la hospitalización y sería particularmente relevante para Canadá [25]

## Tabla 2. Evaluación de la aplicabilidad local de una revisión sistemática sobre las intervenciones de los trabajadores sanitarios legos (desde la perspectiva de un responsable de la toma de decisiones en políticas sudafricano)

Los responsables de la toma decisiones en políticas que evalúan la aplicabilidad de una revisión de 2006 de las intervenciones de los trabajadores sanitarios legos para la salud materno-infantil en la atención primaria de la salud y de la comunidad podrían aplicar la siguiente serie de preguntas [26,27]:

1. ¿Los estudios incluidos en la revisión sistemática se realizaron en el mismo lugar o los hallazgos eran coherentes entre los lugares o períodos de tiempo?
    - Se incluyeron 48 estudios en la revisión:
        - 25 de los Estados Unidos
        - 3 del Reino Unido
        - 2 de Brasil, 2 de Sudáfrica y 2 de Tanzania
        - 1 de Bangladesh, Canadá, Etiopía, Ghana, India, Irlanda, México, Nepal, Nueva Zelanda, Pakistán, Filipinas, Tailandia, Turquía y Vietnam
    - Los hallazgos no siempre eran coherentes entre los lugares.
    - La mayoría de los estudios se publicaron desde 1995 en adelante, aunque un estudio se publicó en 1980. No queda claro a partir de la revisión si los hallazgos eran coherentes entre los períodos de tiempo

2. ¿Existen diferencias importantes en las realidades y limitaciones sobre el terreno que puedan alterar sustancialmente la viabilidad y aceptabilidad de una opción?
    - En Sudáfrica, se expresaron las inquietudes sobre la capacidad del sistema de salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG) de proporcionar respaldo clínico y administrativo para llevar los programas de trabajadores sanitarios legos a gran escala, particularmente en áreas que actualmente cuentan con pocos recursos donde, se podría decir, más se los necesita. La capacidad puede ser diferente de la de los lugares de altos ingresos (Estados Unidos, Reino Unido) en los que se realizaron varios de los estudios
    - En Sudáfrica, existe cierta resistencia entre los enfermeros, y dentro de las asociaciones profesionales de enfermeros, para extender el alcance de la práctica de los trabajadores sanitarios legos. Esto puede restringir la serie de tareas que los trabajadores sanitarios legos pueden realizar. Mientras la aceptabilidad de los trabajadores sanitarios legos hacia los consumidores parece razonable, en función de las observaciones de los programas existentes, es probable que varíe en los lugares del país y para las distintas tareas (por ejemplo, inmunización, fomento de la lactancia materna)
    - En Sudáfrica, la mayoría de los trabajadores sanitarios legos están involucrados en proporcionar atención domiciliaria a las personas con VIH/SIDA y respaldo para el tratamiento de este grupo y otras personas con tuberculosis. No queda claro cuán viable sería extender sus roles para incluir las áreas que demuestran

ser efectivas en la revisión (fomento de la inmunización, tratamiento de infecciones infantiles, fomento de la lactancia materna). Además, las intervenciones de los trabajadores sanitarios legos que demuestran ser efectivas en la revisión se centraron en cuestiones de salud muy específicas, como el fomento de la lactancia materna o la aplicación de la inmunización. Se identificó poca evidencia con respecto a la efectividad de los trabajadores sanitarios legos más "generalistas" a quienes se les otorga responsabilidad para implementar una serie de intervenciones de atención primaria de la salud

- En Sudáfrica, las normas y tradiciones con respecto a la lactancia materna así como también los diferentes niveles básicos de lactancia materna y las altas tasas de VIH/SIDA entre las madres pueden alterar la aplicabilidad de los hallazgos de la revisión en los trabajadores sanitarios legos para el fomento de la lactancia materna

3. ¿Existen diferencias importantes en los arreglos del sistema de salud que puedan significar que una opción podría no funcionar de la misma manera?
   - En Sudáfrica, los trabajadores sanitarios legos no están autorizados a distribuir antibióticos para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas en los niños o a distribuir medicamentos para tratar el paludismo. Por lo tanto, puede resultar difícil en el corto a mediano plazo extender el alcance de la práctica de esta manera, aun si demuestra ser efectivo en una revisión
   - En Sudáfrica, las ONG emplean a la mayoría de los trabajadores sanitarios legos. Éstas reciben financiación del gobierno para poder afrontar los salarios de los trabajadores sanitarios legos. No queda claro cuán seguro es este mecanismo de financiación

4. ¿Existen diferencias importantes en las condiciones iniciales que puedan producir efectos absolutos diferentes aun si la efectividad relativa fuese la misma?
   - Las tasas de inmunización básicas pueden ser menores en Sudáfrica que en algunos de los lugares donde se realizaron los estudios de los trabajadores sanitarios legos para la inmunización (Irlanda, Estados Unidos). Por lo tanto, se pueden anticipar los efectos absolutos más altos en Sudáfrica

5. ¿Qué percepciones se pueden obtener de las opciones, la implementación, el monitoreo y la evaluación?
   - La mayoría de las intervenciones de los trabajadores sanitarios legos que demostraron ser efectivas se centraron en tareas simples. Sin embargo, se debe evaluar la efectividad de los trabajadores sanitarios legos "generalistas" que implementan una serie de intervenciones de atención primaria de la salud