

## 10. Cómo considerar la equidad al evaluar los hallazgos de una revisión sistemática

---

*Andrew D Oxman<sup>1\*</sup>, John N Lavis<sup>2</sup>, Simon Lewin<sup>3</sup> y Atle Fretheim<sup>4</sup>*

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 Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S10** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S10.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s10.pdf>

1. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2. 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
3. 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
4. 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 ([oxman@online.no](mailto:oxman@online.no))

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](http://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](http://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](mailto: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 disseminación 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](http://www.chsrf.ca), Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) [www.crep.org.ar](http://www.crep.org.ar), y Organización Panamericana de la Salud (OPS) ([www.paho.org/researchportal](http://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.*

En este artículo abordaremos consideraciones relacionadas con la equidad. Las inequidades pueden definirse como “diferencias en la salud que no solo son innecesarias y se pueden evitar sino que, además, son consideradas injustas e inicuas”. Estas diferencias han sido debidamente documentadas en relación con los factores sociales y económicos. Las políticas o los programas que son efectivos pueden mejorar la salud general de la población. Sin embargo, puede variar el impacto que tengan tales políticas o programas sobre las inequidades: pueden no tener impacto alguno sobre éstas, pueden reducirlas, o pueden exacerbarlas, independientemente de los efectos generales sobre la salud de la población.

Sugerimos cuatro preguntas que pueden considerarse al momento de utilizar la evidencia de la investigación para informar acerca del posible impacto que una opción de política o programa puede tener sobre los grupos más desfavorecidos, y sobre la equidad en un lugar específico. Éstas son: 1. ¿Cuáles son los grupos o lugares que tienen posibilidad de estar en desventajas en relación con la opción que se considera? 2. ¿Existen razones convincentes que anticipen las diferencias en la efectividad relativa de la opción para los grupos o lugares que están en desventajas? 3. ¿Es posible que existan condiciones iniciales diferentes entre los grupos o lugares de manera tal que la efectividad absoluta de un opción sería diferente, y el problema más o menos importante, para los grupos o lugares que están en desventajas? 4. ¿Existen aspectos importantes que deberían considerarse al implementar la opción para asegurarse de que se reduzcan las inequidades, de ser posible, y que no las aumenten?

---

## 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 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](http://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](mailto:STP@nokc.no).*

---

## ESCENARIO

---

*Usted trabaja en el Ministerio de Salud. Mejorar la cobertura de los seguros de farmacia para los medicamentos básicos es una prioridad del gobierno. El Ministro de Salud le ha solicitado que presente opciones para aumentar la cobertura, y que incluya el impacto esperado de tales opciones sobre las poblaciones más desfavorecidas. Usted decide encargar la elaboración de un resumen de políticas (policy brief) a una unidad que respalda al Ministerio de Salud en el uso de la evidencia en la toma de decisiones en políticas y le solicita prestar especial atención a los posibles impactos de las políticas alternativas sobre las inequidades.*

---

## ANTECEDENTES

---

En este artículo, que es el cuarto de esta serie que aborda el uso de las revisiones sistemáticas para informar las decisiones en políticas (ver Figura 1), sugerimos cuatro preguntas que los responsables de la toma de decisiones en políticas pueden considerar al evaluar los posibles impactos que un programa o una política puede tener sobre las poblaciones más desfavorecidas y sobre la equidad. Dichas preguntas podrían aplicarse, por ejemplo, a la situación descrita anteriormente. Para los responsables de la toma de decisiones en políticas, tales como un Ministro de Salud o un funcionario de alto rango de un Ministerio, este artículo sugiere varias preguntas que podrían pedirles que evaluaran los miembros de su personal al preparar un informe relacionado con los impactos sobre las inequidades. Para quienes respaldan a los responsables de la toma de decisiones en políticas, como aquellos a quienes se les solicita preparar resúmenes de políticas (*policy briefs*), este artículo sugiere preguntas que pueden utilizarse para el uso de la evidencia de la investigación en relación con los impactos sobre las inequidades, especialmente al utilizar evidencia de las revisiones sistemáticas [2].

No brindaremos orientación para abordar las inequidades, las cuales deben considerarse en relación con lugares y políticas específicas. En cambio, presentaremos un enfoque estructurado para evaluar los impactos de las opciones de programas o políticas sobre las inequidades, para informar las decisiones acerca de qué opciones implementar y cómo hacerlo.

Braveman y Gruskin definen a la equidad como “la ausencia de disparidades en la salud que está sistemáticamente asociada con la ventaja y la desventaja social” [3]. Margaret Whitehead acentúa aún más claramente los elementos de la desventaja al definir la inequidad como “las diferencias en la salud que no solo son innecesarias y evitables sino que, además, son consideradas injustas e inicuas” [4].

Las inequidades en la salud y en la atención de la salud están debidamente documentadas en relación con una variedad de características sociales y económicas. Las poblaciones más desfavorecidas casi siempre tienen una salud más deficiente [5], un acceso limitado a la atención de la salud [6] y reciben peor calidad de atención de la salud [7]. Las políticas o los programas que son efectivos pueden mejorar la salud general de la población. Sin embargo, puede variar su impacto sobre las inequidades: pueden no tener impacto alguno sobre éstas, pueden reducirlas, o pueden exacerbarlas, independientemente de los efectos generales sobre la salud de la población. Por lo tanto, no es suficiente con que los responsables de la toma de decisiones en políticas simplemente sepan que una política o un programa es efectivo. Además, necesitan considerar cómo una política o un programa pueden impactar sobre las inequidades. Si es probable que las exacerben, entonces también deben considerar cómo podrían mejorarse tales efectos. Los grupos más favorecidos pueden adoptar más rápidamente muchas intervenciones efectivas como, por ejemplo, reducir el hábito de fumar, y esto puede ampliar las diferencias en las tasas de fumadores y las inequidades en la salud si no se realiza alguna acción específica para abordar este tema.

---

## **PREGUNTAS A TENER EN CUENTA**

---

Las siguientes preguntas pueden orientar las evaluaciones de los posibles impactos que la opción de una política o un programa puede tener sobre las poblaciones más desfavorecidas y la equidad.

1. ¿Cuáles son los grupos o lugares que tienen posibilidad de estar en desventajas en relación con la opción que se considera?
2. ¿Existen razones convincentes que anticipen las diferencias en la efectividad relativa de la opción para los grupos o lugares que están en desventajas?
3. ¿Es posible que existan condiciones iniciales diferentes entre los grupos o lugares de manera tal que la efectividad absoluta de un opción sería diferente, y el problema más o menos importante, para los grupos o lugares que están en desventajas?

4. ¿Existen aspectos importantes que deberían considerarse al implementar la opción para asegurarse de que se reduzcan las inequidades, de ser posible, y que no las aumenten?

La lógica detrás de estas preguntas se ilustra en la Figura 2.

### 1. ¿Cuáles son los grupos o lugares que tienen posibilidad de estar en desventajas en relación con la opción que se considera?

La desventaja puede referirse a la condición económica, el empleo o la ocupación, la educación, el lugar de residencia, el género, el grupo étnico, o una combinación de estas características. Las diferentes sociedades le otorgan mayor o menor atención a factores específicos debido a circunstancias históricas. Por ejemplo, en los Estados Unidos existe con frecuencia un mayor interés en cuestiones de raza, mientras que en el Reino Unido lo que llama la atención son las clases sociales. Otros países pueden centrar su atención en grupos étnicos específicos.

La importancia de estas características puede variar según la política o el programa de interés. Si bien en general pueden existir buenas razones para darle prioridad a grupos o lugares particulares, para las políticas o los programas específicos con frecuencia es importante considerar las inequidades en relación con una variedad de grupos o lugares que potencialmente están en desventajas. La posterior atención debería centrarse en aquellos grupos o lugares para los cuales existe un motivo para anticipar los efectos diferenciales significativos.

En general, los investigadores y los responsables de la toma de decisiones en políticas deberían preocuparse por los efectos diferenciales siempre que exista una asociación entre el mecanismo de acción de la política o el programa y las características particulares. Por ejemplo:

- **Condición económica:** Las poblaciones de bajos ingresos son más propensas a reaccionar ante los cambios de precios de bienes y servicios. Debido al bajo ingreso disponible, si el impuesto al tabaco aumenta, por ejemplo, podría provocar que estas poblaciones sean más propensas a abandonar el hábito de fumar. Pero además, se volverían más vulnerables como consecuencia de tener que gastar más dinero en tabaco si *no* dejaran de fumar
- **Empleo u ocupación:** Los esquemas de seguros financiados por el empleador pueden tener diferencias en la cobertura, con una cobertura probablemente menor para aquellos que estén sin empleo, los autónomos o los empleados de pequeñas compañías
- **Educación:** Los programas basados en las escuelas se supone que afectarían de manera diferente a aquellos que asisten a clases en contraposición con los que no asisten a clases. Las campañas de información que dependen del material impreso

para mejorar el uso de los servicios de salud podrían causar distintos impactos en las poblaciones analfabetas o con menos educación

- **Lugar de residencia:** El acceso a la atención es comúnmente más difícil en las zonas rurales. Es posible, entonces, que cualquier estrategia que no tome en cuenta la necesidad de mejorar la entrega efectiva de las intervenciones clínicas o de salud pública sea menos efectiva en las zonas rurales
- **Género:** Las estrategias que involucran a las partes interesadas en el proceso de establecimiento de prioridades pueden afectar a hombres y mujeres por separado, dando como resultado prioridades que pueden tener distintos impactos en hombres y mujeres
- **Etnia:** Los grupos étnicos (por ejemplo, aquellos grupos que se consideren a sí mismos, o que son considerados por otros, capaces de compartir características que los diferencien de otros grupos de la sociedad [8]) pueden tener ciertas creencias y actitudes en cuanto a aceptar una política o un programa en particular. Es probable que las estrategias de atención que no tomen en cuenta estas perspectivas sean menos eficaces entre los grupos étnicos donde una política o un programa verdaderamente eficaz podría no aceptarse fácilmente

## **2. ¿Existen razones convincentes que anticipen las diferencias en la efectividad relativa de la opción para los grupos o lugares que están en desventajas?**

En la Tabla 1 presentamos un ejemplo de una situación en la cual uno podría anticipar las diferencias en la efectividad relativa de una política o un programa. Como se describe en la tabla, existen razones convincentes para anticipar las diferencias en los efectos relativos de requerir honorarios pagados por los usuarios para financiar el costo de los fármacos y otros servicios de salud en las poblaciones más desfavorecidas (tales como los pobres), comparadas con otras poblaciones que no están en desventajas. Al intentar reducir las disparidades en tales circunstancias, los responsables de la toma de decisiones en políticas deberían buscar evidencia de los impactos de las opciones consideradas sobre las poblaciones más desfavorecidas en cuestión. Esta evidencia debería ser evaluada al momento de decidir que medida tomar. Por ejemplo, ¿deberían utilizarse los honorarios pagados por los usuarios? Y si se utilizan, ¿cómo podrían ser diseñados e implementados para minimizar sus efectos adversos en los pobres?

Es muy escasa la evidencia de los efectos que tienen las políticas o los programas sobre las inequidades. Encontrar esta evidencia también es difícil [9], y el sesgo de publicación puede ser otro problema más, dado que es más probable que se publiquen los estudios que identifican las diferencias estadísticamente significativas en los efectos en lugar de aquellos que no lo hacen [9]. Tsikata y colegas, por ejemplo, hallaron que sólo el 10% de los estudios clínicos controlados evaluaron la efectividad de una política o un programa entre los subgrupos socioeconómicos [10]. De la misma manera, Ogilvie y colegas descubrieron que las revisiones Cochrane de los estudios de control de tabaco muy rara vez evaluaban el impacto de la política o el programa entre los factores

socioeconómicos, tanto en las revisiones como en los estudios primarios incluidos en esas revisiones [11]. Las revisiones sistemáticas en general no suelen brindar evidencia de la efectividad diferencial [11-15]. Debido a esto, puede ser necesario buscar un margen más amplio de evidencia que el que se encuentra normalmente en las revisiones sistemáticas. Dicha evidencia puede ser necesaria para respaldar o refutar hipótesis convincentes de los efectos diferenciales, o de los efectos de las políticas o los programas sobre la reducción de las inequidades.

Cuando, en las revisiones sistemáticas, se llevan a cabo los análisis por subgrupos para explorar si existen o no efectos diferenciales, los responsables de la toma de decisiones en políticas deben saber que éstos pueden conducir a conclusiones erróneas. Esto es porque los estudios pueden ser muy pequeños para detectar de manera confiable diferencias en los efectos, dando como resultado conclusiones negativas falsas. También, al verificar hipótesis múltiples con respecto a los factores que podrían moderar la efectividad de una política, se pueden obtener conclusiones positivas falsas [16-20]. Los resultados observados en los subgrupos, por ejemplo, pueden diferir por azar de los efectos generales observados a través de los estudios [18,21]. Paradójicamente, el resultado más aproximado de una política o un programa en un subgrupo puede ser el resultado *total* (a través de los distintos subgrupos) en lugar de los resultados específicos para el subgrupo de interés [18,22,23]. Las guías generales para la interpretación de los análisis por subgrupos (ver Tabla 2) deberían aplicarse con un escepticismo saludable siempre que se consideren los análisis por subgrupos, incluidos los análisis por subgrupos basados en los factores socioeconómicos [24].

De la misma manera, siempre hay una ausencia de evidencia directa relacionada con las poblaciones más desfavorecidas dado que éstas pueden, en realidad, no estar incluidas en los estudios. En estos casos, los responsables de la toma de decisiones en políticas deben considerar la aplicabilidad de la evidencia disponible, como se trata en el Artículo 9 de esta serie [25].

### **3. ¿Es posible que existan condiciones iniciales diferentes entre los grupos o lugares de manera tal que la efectividad absoluta de un opción sería diferente, y el problema más o menos importante, para los grupos o lugares que están en desventajas?**

Si la efectividad *relativa* de una política o un programa es similar en lugares carenciados, aún podría haber diferencias importantes en el efecto *absoluto* debido a las diferencias de las condiciones iniciales (ver la Figura 3 como ilustración, la Tabla 3 como ejemplo, y la Tabla 4 como explicación de los efectos relativos y absolutos). Normalmente, los riesgos iniciales son mayores en las poblaciones más desfavorecidas y podría entonces esperarse un efecto absoluto mayor. Si el efecto relativo de mejorar la entrega de la terapia de combinación de artemisinina (ACT) en la mortalidad por paludismo es el mismo para los niños carenciados que para los demás niños, por ejemplo, el efecto absoluto sería mayor en las poblaciones más desfavorecidas que

tienen una tasa de mortalidad más alta. Los riesgos pueden ser ocasionalmente menores en las poblaciones más desfavorecidas y, en estos casos, el efecto absoluto será en consecuencia menor. El riesgo inicial de muerte por enfermedad de las arterias coronarias entre los filipinos es alrededor de una quinta parte del riesgo inicial en los Estados Unidos. Por lo tanto, el número de personas que es necesario tratar (y el correspondiente costo) para prevenir un caso de enfermedad coronaria, es cinco veces mayor entre los filipinos.

#### **4. ¿Existen aspectos importantes que deberían considerarse al implementar la opción para asegurarse de que se reduzcan las inequidades, de ser posible, y que no las aumenten?**

Las poblaciones más desfavorecidas, en general, tienen un acceso más limitado a la atención y, con frecuencia, reciben una peor calidad de atención. Esto es verdaderamente cierto para las poblaciones difíciles de acceder, tales como los inmigrantes ilegales. En consecuencia, los programas para mejorar el acceso y la calidad de la atención requerirán con frecuencia de estrategias de implementación diseñadas a enfrentar los factores que limitan el acceso a la calidad en los lugares o grupos más desfavorecidos (ver Tabla 5). Dichos métodos pueden incluir distintas estrategias de gobernanza, financieras y de entrega, o la inversión de recursos adicionales. Además, pueden incluir la provisión de respaldo técnico adicional para implementar las estrategias no diseñadas para tales grupos.

---

## **CONCLUSIÓN**

---

Los responsables de la toma de decisiones en políticas pueden esperar encontrar evidencia limitada acerca de los impactos de la mayoría de las políticas de salud en las inequidades. Frente a análisis por subgrupos que analicen si hay o no impactos diferentes en los grupos o lugares más desfavorecidos, ellos deberían reconocer que estos análisis pueden ser confusos. Muchas políticas o muchos programas, de hecho, pueden tener efectos relativos similares en lugares más desfavorecidos y en cualquier otro lugar. Sin embargo, es probable que las diferencias en los efectos absolutos (debido a las diferencias en los riesgos o las necesidades iniciales) y las diferencias en las barreras para implementarlas sean las mismas. La evidencia para tales diferencias debería evaluarse y ser tenida en cuenta al tomar decisiones en políticas. Debido a que la evidencia es con frecuencia limitada, es importante asegurarse de que el monitoreo y las evaluaciones de los impactos sobre la equidad sean tan estrictos como sea posible, para garantizar que se logren los efectos deseados y se eviten los efectos adversos no deseados.

Para monitorear o evaluar el alcance hasta el cual la implementación de políticas o programas afecta de manera diferente a las poblaciones más desfavorecidas, los responsables de la toma de decisiones en políticas deberían asegurarse de que se utilicen indicadores adecuados de los gradientes sociales y mediciones de cambio. Los

responsables de la toma de decisiones en políticas deberían mirar más allá de las evaluaciones relacionadas a los impactos de los arreglos del sistema de salud sobre las poblaciones más desfavorecidas, si sienten que la reducción de las inequidades es una prioridad para ellos. Además querrán considerar las posibles estrategias para abordar determinantes sociales de salud y la evidencia que respalda dichas estrategias [26].

---

## RECURSOS

---

### Documentos útiles y lectura complementaria

Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Incorporating considerations of equity. *Health Res Policy Syst* 2006; 4:24.

[www.health-policy-systems.com/content/4/1/12](http://www.health-policy-systems.com/content/4/1/12) – Este artículo estudia la literatura en lo que respecta a la incorporación de evaluaciones de equidad en guías y recomendaciones

Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, Dennis R, Kang D. Assessing equity in clinical practice guidelines. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60:540-6.

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493507](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493507) – Este artículo trata los criterios de los usuarios para evaluar qué tan bien las guías de práctica clínica abordan los temas de equidad

Braveman PA and Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:254-8. <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/4/254>

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22:429-45. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507)

Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *BMJ* 2006; 332:358-61.

[www.bmj.com/cgi/content/full/332/7537/358](http://www.bmj.com/cgi/content/full/332/7537/358)

### Enlaces a sitios web

Aunque el tema central de este artículo (y de otros en esta serie) son las políticas dentro del sector de la salud, hemos incluido enlaces a sitios web que también se centran más ampliamente en los determinantes de salud. Estos son relevantes a la toma de decisiones informada por la evidencia tanto dentro como fuera del sector de la salud

Archivos de [equidad@listserv.paho.org](mailto:equidad@listserv.paho.org) – Este es el archivo de la lista de EQUIDAD de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los mensajes enviados a esta lista cubren una amplia variedad de material, tanto en la literatura publicada como en la literatura gris, y se abordan todos los aspectos de la equidad tanto en la salud como en otros temas de los sistemas de salud

Ámbito Cochrane para la Equidad en la Salud:

<http://equity.cochrane.org/en/index.html> – El Ámbito Cochrane para la Equidad en la Salud forma parte de la Colaboración Cochrane ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)). Está co-registrado con la Colaboración Campbell ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)) como el Grupo de Métodos Campbell para la Equidad. Este Ámbito alienta y respalda a los autores de las revisiones sistemáticas para que incluyan descripciones explícitas de los efectos de las intervenciones sobre las poblaciones más desfavorecidas y en la habilidad de las intervenciones para reducir las inequidades

European Portal for Action on Health Equity: [www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu) – Este portal es una herramienta para promover la equidad en la salud entre los diferentes grupos socioeconómicos en la Unión Europea. Brinda información sobre las políticas y las intervenciones para promover la equidad en la salud dentro y entre los países de Europa

OMS – Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud:

[www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en) – Aquí se encuentran disponibles los informes finales de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Están orientados a respaldar a los países y los colaboradores en salud global para tratar los factores sociales que conducen a una mala salud y a las inequidades. Estos informes dirigen la atención sobre los determinantes sociales de la salud que se sabe que están entre las peores causas de salud deficiente e inequidades entre y dentro de los países. Los determinantes incluyen desempleo, lugares de trabajo inseguros, barrios marginales, globalización y una imposibilidad de acceso a los sistemas de salud

Banco Mundial – Proyectos de Múltiples Países sobre la Equidad, Pobreza y Salud:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0..contentMDK:20219025~menuPK:460198~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476~isCURL:Y,00.html> – Los recientes aumentos de la preocupación de la salud de los pobres ha dado lugar a un gran número de proyectos de investigación dentro de un país sobre la pobreza, la equidad y la salud. Este sitio web provee vínculos a otros recursos para obtener información sobre la equidad, la pobreza y la salud

EQUINET Africa: [www.equinet africa.org](http://www.equinet africa.org) – EQUINET, la Red Regional sobre la Equidad en la Salud en África del Sur, es una red de profesionales, miembros de la sociedad civil, responsables de la toma de decisiones en políticas, funcionarios del estado y otras personas dentro de la región que se han reunido con el propósito de impulsar la equidad, para promover y comprender los valores compartidos de equidad y justicia social en la salud

Global Equity Gauge Alliance: [www.gega.org.za](http://www.gega.org.za) – Global Equity Gauge Alliance fue creada para respaldar un enfoque activo con el fin de monitorear las inequidades de la salud y para promover la equidad dentro y entre las sociedades. Esta alianza

actualmente incluye 11 equipos-miembros denominados Grupos de Monitoreo de la Equidad (Equity Gauges), ubicados en 10 países de América, África y Asia

---

## CONFLICTOS DE INTERESES

---

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

---

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

---

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

---

## AGRADECIMENTOS

---

Consulte la Introducción de esta serie para ver los agradecimientos a los financiadores y los colaboradores de esta serie. Además, nos gustaría reconocer la participación de Mike Kelley, Jordi Pardo, Peter Tugwell y Vivian Welsh por sus valiosos comentarios en 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. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S1)**.
3. Braveman P, Gruskin S: **Defining equity in health.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:254-8**.
4. Whitehead M: **The concepts and principles of equity and health.** *Int J Health Serv* 1992, **22:429-45**.
5. Marmot M: **Social determinants of health inequalities.** *Lancet* 2005, **365:1099-104**.
6. Wilkinson R, Marmot M: *Social determinants of health. The solid facts.* Copenhagen, World Health Organization. 1998.
7. Kahn KL, Pearson M, Harrison ER, Rogers WH, Brook RH, Desmond K, *et al: Analysis of Quality of Care for Patients Who Are Black or Poor in Rural and Urban Settings.* Santa Monica: RAND; 1993.
8. Scott J, Marshall G: *A dictionary of sociology.* Oxford: Oxford University Press; 2009.

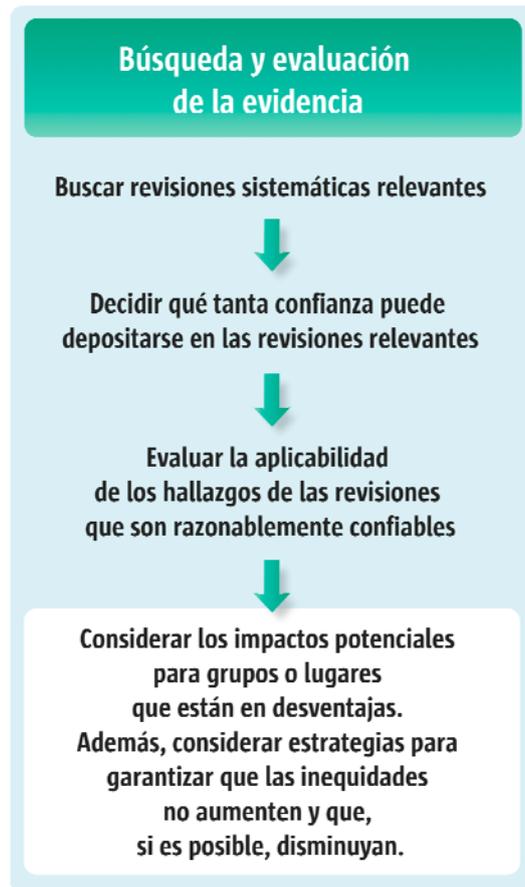
9. Howes F, Doyle J, Jackson N, Waters E: **Evidence-based public health: The importance of finding 'difficult to locate' public health and health promotion intervention studies for systematic reviews.** *J Public Health (Oxf)* 2004, **26**:101-4.
10. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, et al: *Is health equity considered in systematic reviews of the Cochrane Collaboration?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
11. Ogilvie D, Petticrew M: **Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study.** *Tob Control* 2004, **13**:129-31.
12. Mackenbach JP: **Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57**:162.
13. Gruen R, Bailie R, McDonald E, Weeramanthri T, Knight S: *The potential of systematic reviews to identify diversity and inequity in health care interventions.* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
14. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, et al: *Do Cochrane systematic reviews contain useful information about health equity?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
15. Thomson H, Petticrew M, Douglas M: **Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57**:11-6.
16. Cooper H, Hedges L: *The handbook of research synthesis.* New York: Russel Sage Foundation; 1994.
17. Shadish W: **Meta-analysis and the exploration of causal mediating processes: A primer of examples, methods, and issues.** *Psychological Methods* 1996, **1**:47-65.
18. Davey SG, Egger M, Phillips AN: **Meta-analysis. Beyond the grand mean?** *BMJ* 1997, **315**:1610-4.
19. Thompson S: **Why and how sources of heterogeneity should be investigated.** In *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context.* Edited by Egger M, Davey SG, Altman DG. London: BMJ Books; 2001:157-75.
20. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG: **Chapter 9.6: Investigating heterogeneity.** In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008).* Edited by Higgins JPT, Green S. Oxford: Cochrane Collaboration; 2008.
21. Oxman AD, Guyatt G: **A consumers guide to subgroup analyses.** *Ann Intern Med* 1992, **116**:78-84.
22. Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J: **When to believe a subgroup analysis.** In *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Edited by Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008:571-93.
23. Efron B, Morris C: **Stein's paradox in statistics.** *Scientific American* 1977, 119-27.
24. Brookes ST, Whitley E, Peters TJ, Mulheran PA, Egger M, Davey SG: **Subgroup analyses in randomised controlled trials: quantifying the risks of false-positives and false-negatives.** *Health Technol Assess* 2001, **5**:1-56.

25. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.
26. Commission on Social Determinants of Health: *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization. 2008.
27. Hardon A: **Ten best readings in ... the Bamako Initiative.** *Health Policy and Planning* 1990, **5:186-9**.
28. Creese A, Kutzin J: **Lessons from cost recovery in health.** In *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Edited by Colclough C. Oxford: Clarendon Press; 1997:37-62.
29. Ridde V: **Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative.** *Bull World Health Organ* 2003, **81:532-8**.
30. 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**.
31. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP: **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.** *Lancet* 2003, **362:233-41**.

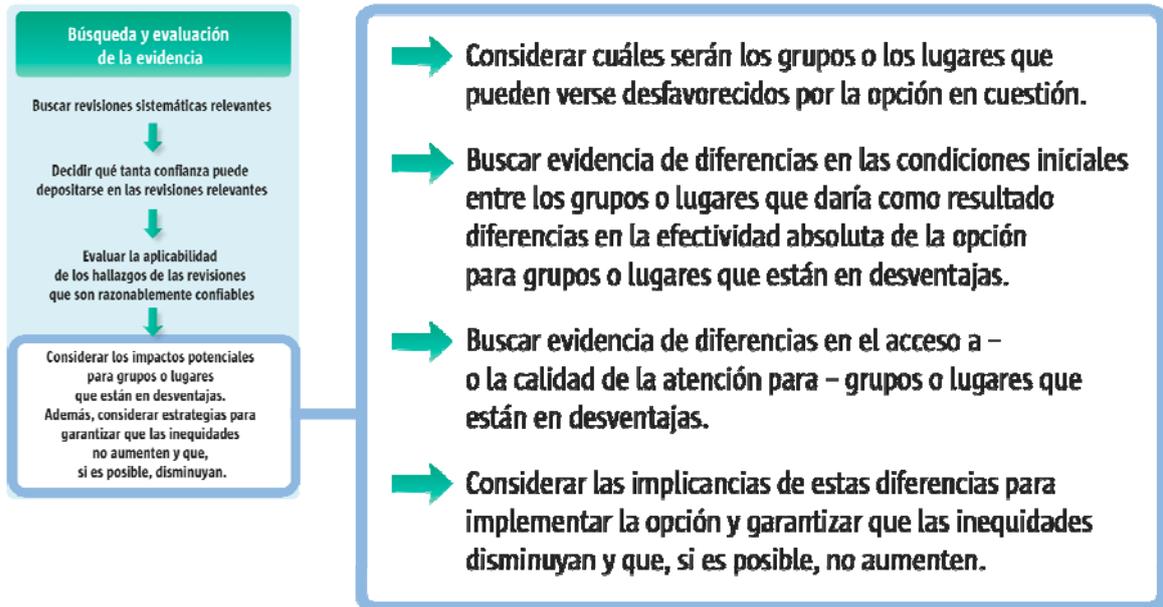
---

**Figura 1. 4 pasos para buscar y evaluar revisiones sistemáticas para informar la toma de decisiones en políticas: consideraciones de equidad**

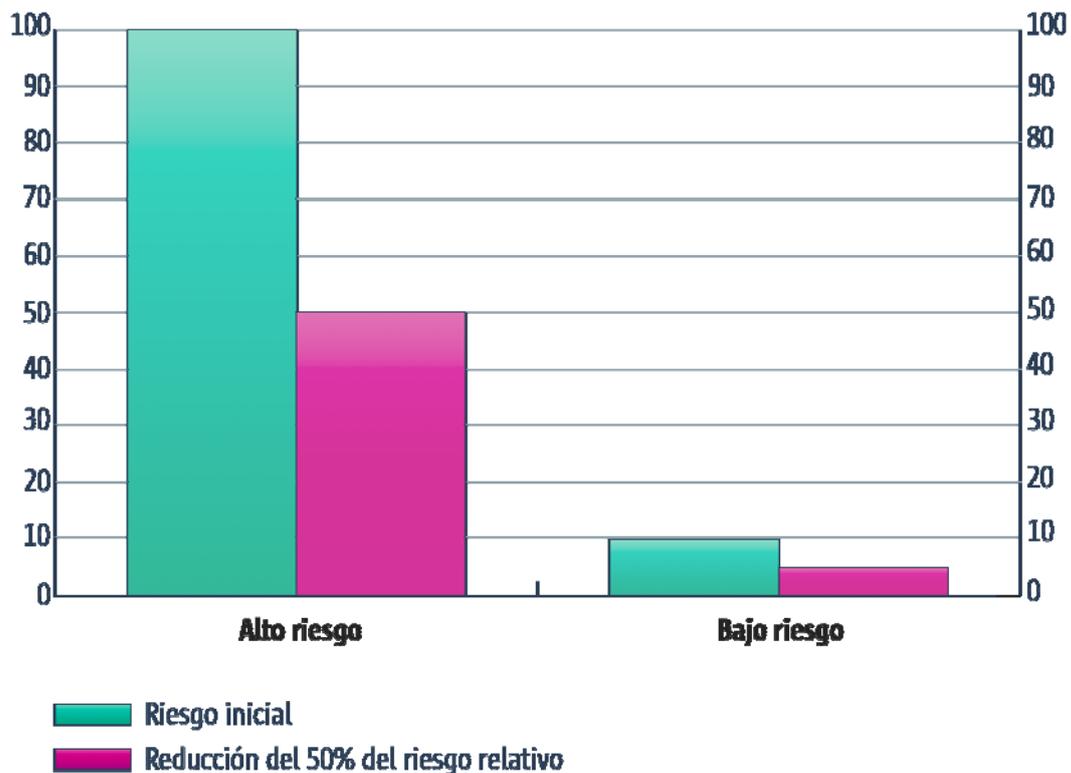
---



**Figura 2. 4 pasos para identificar e incorporar las consideraciones de equidad al evaluar los hallazgos de una revisión sistemática**



**Figura 3. Reducciones de riesgo absolutas versus reducciones de riesgo relativas**



---

**Tabla 1. Ejemplo de una razón convincente para anticipar las diferencias en la efectividad relativa**

---

Los honorarios pagados por los usuarios se introdujeron masivamente en el África subsahariana como parte de la Iniciativa Bamako adoptada por los Ministros de Salud de la Región Africana de la OMS en 1988 [27]. La Iniciativa recomendaba vender los medicamentos a los usuarios para obtener una ganancia. El propósito era utilizar esta ganancia, además de los pagos de consulta de los usuarios, para mejorar el acceso a la atención y a la calidad de servicio. La opinión es dividida en cuanto a las consecuencias de introducir estos pagos para el acceso a los servicios, especialmente para los más pobres. Esta iniciativa ha sido tema de un extenso debate durante más de 15 años, pero no hay duda de que los honorarios pagados por los usuarios son una barrera financiera para la gente pobre que necesita medicamentos o cualquier otro servicio de salud [28,29].

En otras circunstancias, donde un tercero paga todos los costos de los medicamentos, los pacientes pueden quizás tener tasas de utilización inadecuadamente altas [30]. Las políticas de compartir el costo directo desvían parte de la carga financiera de las aseguradoras y, por lo tanto, aumentan la responsabilidad financiera del paciente para los medicamentos recetados. El objetivo de estas políticas es ser un incentivo para reducir lo siguiente: el uso excesivo general de medicamentos, el uso de medicamentos de limitada eficacia o aquellos utilizados para condiciones donde otros tratamientos más costo-efectivos están disponibles, y los gastos reembolsados por terceros. Como consecuencia de los pagos directos, se espera que los pacientes reduzcan el uso de medicamentos, opten por medicamentos más económicos, o paguen más gastos de su bolsillo. Al reducir la carga financiera de los reembolsos de las terceros y facilitar el uso racional de medicamentos, pueden mejorarse los niveles generales de la salud al ahorrar recursos y reubicarlos en otros servicios de atención de la salud.

Sin embargo, una política de seguro de medicamentos demasiado restrictiva puede tener consecuencias no deseadas. Por ejemplo, un cambio de costo desde el asegurador hacia el consumidor puede conducir a la discontinuación de los medicamentos necesarios para el paciente. A su vez, esto puede causar un deterioro de la salud y un aumento en el uso de la atención de la salud y los gastos tanto para el paciente como para los aseguradores. Este es un efecto no deseado que podría tener un gran impacto entre las poblaciones de bajos ingresos u otras poblaciones más vulnerables, debido a que tales costos pueden representar una proporción más considerable del ingreso total. Los esquemas que incluyen el pago directo de los medicamentos por parte de los pacientes son, por lo tanto, controvertidos, ya que al aumentar el costo de los medicamentos se puede imponer una barrera financiera a los pobres y a otros grupos menos favorecidos. Al poner un tope en el reembolso de las recetas se demostró que este hecho estaba vinculado a una reducción en el uso de medicamentos esenciales en los subgrupos vulnerables tanto de pacientes de la tercera edad como pacientes

seriamente discapacitados, y a los aumentos de hospitalizaciones e ingresos a geriátricos [30].

---

## **Tabla 2. Guías para interpretar los análisis por subgrupos**

---

Las siguientes preguntas pueden ayudar en el proceso de determinar si una decisión debería basarse en un análisis por subgrupos o en los resultados generales:

### **¿Es importante la magnitud de la diferencia?**

Si la magnitud de la diferencia entre los subgrupos no dará lugar a decisiones diferentes para los diferentes subgrupos, entonces pueden utilizarse los resultados generales.

### **¿Es estadísticamente significativa la diferencia entre los subgrupos?**

Para establecer si una política o un programa tienen un efecto diferente en situaciones diferentes, las magnitudes de los efectos en los diferentes subgrupos deberían compararse directamente unas con otras. La importancia estadística de los resultados dentro de los análisis por subgrupos separados *no* debería ser comparada, ya que es probable que el resultado sea confuso. Por ejemplo, si un análisis por subgrupos demostró que el efecto de una política o un programa no era estadísticamente significativo para las mujeres, pero sí lo era para los hombres, es probable que esto simplemente pudiera ocurrir debido a que pocas mujeres fueron incluidas en el estudio. *No* responde a la pregunta acerca de si la diferencia entre la magnitud del efecto en las mujeres y hombres era mayor de lo que se hubiera esperado de otra manera si esto hubiera ocurrido por azar. Si hay a la vez una diferencia importante en los efectos y esa diferencia es estadísticamente significativa (es decir, es poco probable que hubiera ocurrido por casualidad), entonces debería pensarse seriamente en tomar una decisión basada en el análisis por subgrupos antes que en el análisis general.

### **¿Existe evidencia indirecta en respaldo de los hallazgos?**

La evidencia indirecta es investigación que no ha comparado directamente las opciones en las cuales estamos interesados en las poblaciones en las que estamos interesados, o no ha medido los resultados importantes en los cuales estamos interesados. Para que las diferencias entre los subgrupos sean convincentes, deben ser convincentes y estar respaldadas por otra evidencia externa o indirecta. Por ejemplo, la investigación que ha medido los resultados intermedios (no los cuales en los que estamos interesados) puede brindar evidencia de un mecanismo creíble para los efectos diferenciales. Para el análisis de subgrupo de los grupos menos favorecidos, debería haber una razón igualmente convincente respaldada por evidencia indirecta, para anticipar los efectos diferenciales.

### **¿El análisis fue especificado previamente o realizado a posteriori?**

Los investigadores deberían establecer si los análisis por subgrupos fueron especificados previamente o realizados después de que se recopilaran los resultados de los estudios (a posteriori). Se le puede otorgar mayor confiabilidad a un análisis por subgrupos si pertenece a un grupo reducido de análisis especificados previamente. El hecho de realizar varios análisis por subgrupos a posteriori podría verse como una revelación de datos, un proceso que es intrínsecamente poco confiable. Esto se debe a

que en general es posible encontrar una explicación aparente pero errónea para las diferencias en los efectos al considerar muchas características diferentes.

**Los análisis, ¿apuntan a relaciones dentro de los estudios o entre estudios?**

Las diferencias en los subgrupos que se observan dentro de los estudios son más confiables que los análisis de subconjuntos de estudios. Si dichas relaciones dentro de los estudios se replican entre los estudios, entonces esto le dará más confiabilidad a los hallazgos.

---

**Tabla 3. Un ejemplo de una diferencia de condiciones iniciales que conducen a una diferencia en la efectividad absoluta**

---

Los nacimientos que tienen lugar en centros de salud pueden ayudar a reducir la mortalidad materna cuando tales instalaciones están debidamente equipadas y cuentan con personal calificado capaz de llevar a cabo intervenciones para reducir las muertes por causas comunes de muerte materna tales como hemorragia y eclampsia.

Normalmente en zonas rurales hay una menor proporción de nacimientos en los centros de salud ocurre en las zonas rurales a diferencia de las zonas urbanas, debido a cuestiones de accesibilidad. Podrían reducirse las inequidades si se pagasen costos de transporte para mejorar el acceso a los centro de salud. Esto se debe a que los pagos pueden ser más eficaces en las zonas rurales donde los costos de transporte representan más un obstáculo. También se debe a la baja proporción de nacimientos en centros de salud en zonas rurales (lo que a su vez aumenta el efecto absoluto).

---

#### Tabla 4. Efectos relativos y absolutos

---

Los **efectos relativos** son razones. Por ejemplo, una razón de riesgo (RR) es la razón entre el riesgo en un grupo de intervención y el riesgo en un grupo de control. Si el riesgo de un grupo de intervención es del 2% (es decir 20 por 1000) y el riesgo en un grupo de control es del 2,4% (es decir 24 por 1000), la razón de riesgo (o riesgo relativo) será del 20/24 o del 83%. La “reducción del riesgo relativo” es otra manera de expresar los efectos relativos. Esta es la reducción proporcional o de porcentaje del riesgo, y es igual a  $1 - RR$  el cual, en este caso, es del 17% ( $1 - 0,83 = 0,17$ ).

Si el valor de RR es exactamente 1,0, esto significa que no hay diferencia entre la ocurrencia del resultado en el grupo de intervención y el grupo de control. Pero el significado de que este valor esté por encima o por debajo de 1,0 depende de si el resultado que se está midiendo se considera bueno o malo. Si el valor de RR es mayor que 1,0, la intervención aumenta el riesgo del resultado. Si el resultado deseado se considera bueno (por ejemplo, el nacimiento de un bebé saludable), un RR mayor que 1,0 indica un efecto deseable para la intervención. En cambio, si el resultado es malo (por ejemplo, la muerte) un valor de RR mayor que 1,0 indicaría un efecto no deseado. Si el valor de RR es menor que 1,0, la intervención disminuye el riesgo del resultado. Esto entonces indica un efecto deseado, si es un mal resultado (por ejemplo, la muerte) y un efecto no deseado si es un buen resultado (por ejemplo, el nacimiento de un bebé saludable).

Los **efectos absolutos** son las diferencias. Por ejemplo, la reducción del riesgo absoluto (RRA) es la diferencia entre el riesgo *con* la intervención y el riesgo *sin* la intervención. En este ejemplo, el RRA es del 2,0% (20 por 1000) menos 2,4% (24 por 1000), es decir 0,4% (4 por 1.000) muertes menos de cáncer de colon. Generalmente, el efecto absoluto es diferente para los grupos de alto riesgo (tales como los menos favorecidos) y los grupos de bajo riesgo, donde el efecto relativo es con frecuencia el mismo. Cuando sea relevante, es importante entonces tener en cuenta si los grupos de interés tienen o no diferentes niveles de riesgo. Esto se ilustra en la figura 3, donde una reducción relativa del 50% en el riesgo muestra como resultado una reducción absoluta de 50 eventos por 1.000 en el grupo de alto riesgo (de 100 a 50) y una reducción absoluta de sólo 5 por 1.000 en el grupo de bajo riesgo (de 10 a 5).

**Tabla 5. Ejemplo de los aspectos importantes a considerar con respecto a la implementación**

Existe una mayor probabilidad de que los niños que viven en poblaciones más desfavorecidas, comparados con los niños que viven en poblaciones más favorecidas, estén expuestos a mayores riesgos de salud, tengan menor resistencia a las enfermedades, y por lo tanto, tengan tasas de mortalidad más altas. Estas inequidades se agravan debido al reducido acceso a los servicios de salud. Incluso los subsidios públicos para la salud frecuentemente benefician más a la gente rica que a los pobres. Implementar intervenciones para reducir la mortalidad infantil no reducirá necesariamente estas inequidades, y puede, en algunos casos, incluso aumentarlas. Deben evaluarse entonces estrategias diseñadas para reducir las inequidades, tales como la provisión de servicios de salud más asequibles y accesibles [31]. Estas estrategias pueden orientarse a la gente pobre o pueden implementarse de manera universal. Las situaciones en las cuales esta cobertura orientada o universal podría ser más adecuada incluyen [31]:

<b>Cobertura orientada probablemente más adecuada</b>	<b>Cobertura universal probablemente más adecuada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de alto riesgo fáciles de identificar</li> <li>• Intervención sólo necesaria para niños en riesgo</li> <li>• La intervención sólo protege a aquellos que la reciben</li> <li>• La intervención se brinda masivamente a través del sector público</li> <li>• La demanda espontánea de las intervenciones es baja</li> <li>• Los servicios de salud no pueden cubrir a toda la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de alto riesgo difíciles de identificar</li> <li>• Intervención necesaria para todos</li> <li>• La intervención tiene un “efecto derrame”</li> <li>• La intervención se brinda masivamente a través del sector privado</li> <li>• La demanda espontánea de las intervenciones es alta</li> <li>• Los servicios de salud pueden cubrir a toda la población</li> </ul>

La cobertura universal puede ser una estrategia más adecuada para las vacunas, las cuales todos necesitan y tienen un efecto derrame (disminuyendo el riesgo de infección tanto para aquellos que están vacunados como para los que no lo están). Sin embargo, para reducir las inequidades en la cobertura, pueden necesitarse otras estrategias orientadas tales como aquellas que tratan los problemas respecto a las diferencias en el acceso a los servicios de salud o la ausencia de demanda para la vacunación en las poblaciones menos favorecidas.