

11. Cómo buscar y usar evidencia sobre condiciones locales

Simon Lewin^{1}, Andrew D Oxman², John N Lavis³, Atle Fretheim⁴, Sebastian García Martí⁵ y Susan Munabi-Babigumira⁶*

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 Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S11** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S11.
<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s11.pdf>

1. 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
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;
Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
5. Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Viamonte 2146, 3rd floor, C1056ABH, Buenos Aires
6. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway

* Autor para correspondencia (simon.lewin@nokc.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). 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 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, 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.

La evidencia sobre condiciones locales es evidencia que está disponible de los lugares específicos en los cuales se toma una decisión o una medida sobre una opción de política o programa. Tal evidencia siempre es necesaria, junto con otras formas de evidencia, con el fin de informar las decisiones sobre las opciones. La *evidencia global* es el mejor punto de inicio para los juicios sobre los efectos, los factores que modifican dichos efectos y la comprensión sobre las maneras de enfocar y abordar problemas. Pero la *evidencia local* es necesaria para la mayoría de los demás juicios sobre qué decisiones y medidas deberían tomarse. En este artículo, sugerimos cinco preguntas que pueden ayudar a identificar y evaluar la *evidencia local* que es necesaria para informar una decisión sobre las opciones de políticas o programas. Éstas son: 1. ¿Qué evidencia local es necesaria para informar una decisión sobre opciones? 2. ¿Cómo puede buscarse la evidencia local? 3. ¿Cómo debería ser evaluada la calidad de la evidencia local disponible? 4. ¿Existen variaciones importantes en la disponibilidad, la calidad o los resultados de la evidencia local? 5. ¿Cómo debería amalgamarse la evidencia local con otra información?

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 y tiene la responsabilidad de proponer una nueva reforma de salud. Usted desea garantizar que la propuesta claramente establezca la cantidad de personas que posiblemente se beneficiarían con la reforma de salud así como también los puntos de vista de los grupos de partes interesadas (stakeholders) respecto de la nueva iniciativa.

Escenario 2: Usted trabaja en el Ministerio de Salud y el Ministro ha decidido sobre una nueva reforma de salud. Se la ha solicitado que redacte un documento de antecedentes para la reforma y necesita encontrar información sobre la disponibilidad de recursos para implementar los cambios planificados y las posibles barreras para su implementación.

Escenario 3: Usted trabaja en una unidad independiente que respalda al Ministerio de Salud en el uso de la evidencia en la toma de decisiones en políticas. Se le ha encomendado que redacte un documento de antecedentes para una nueva reforma de salud que puede afectar el acceso a la atención de la salud. Usted debe encontrar información de su entorno sobre el acceso a la atención de la salud para los adultos mayores y para aquellos con bajos ingresos.

ANTECEDENTES

Este artículo sugiere una serie de preguntas que los responsables de la toma de decisiones (Escenario 1) podrían pedirle a su personal para que considere en lo que respecta a la búsqueda y el uso de evidencia sobre las condiciones locales para informar las opciones de programas y políticas de salud.

El artículo también sugiere una serie de preguntas que quienes respaldan a los responsables de la toma de decisiones (Escenarios 2 y 3) deberían considerar al orientar la identificación y la evaluación de evidencia del entorno local para informar una decisión sobre opciones de programas o políticas de salud, y al incorporar esta evidencia en la toma de decisiones en políticas.

Las opciones siempre deberían estar informadas por la evidencia sobre condiciones locales (de aquí en adelante, denominada evidencia local) junto con otras formas de evidencia. La *evidencia global* – la mejor evidencia de todo el mundo – es el mejor punto de inicio para juicios sobre los efectos de opciones y factores que modifican estos efectos [2], y para desarrollar aportes de las maneras en los cuales pueden ser enfocados y abordados los problemas. La *evidencia local* es necesaria para la mayoría de otros juicios sobre qué decisiones y medidas deberían tomarse.

La evidencia local es evidencia que está disponible de los lugares específicos en los cuales se tomará una decisión o acción. La palabra “local” en esta instancia puede referirse a los niveles de distrito, regional o nacional, según la naturaleza de la cuestión política que se considere. Dicha evidencia podría incluir información sobre la presencia de factores que modifican los impactos de una política (los *factores modificadores*). Dichos factores modificadores podrían incluir: características de un área y de quienes viven o trabajan en ella; necesidades de servicios (prevalencia, riesgos iniciales o condición); puntos de vistas y experiencias; costos; tradiciones políticas; capacidad institucional y disponibilidad de recursos como personal, equipamiento y fármacos.

Es posible obtener evidencia local a partir de una variedad de fuentes, entre las que se incluyen: datos de rutina (por ejemplo, sobre la prevalencia de las enfermedades, utilización de atención de la salud, o costos de servicios); datos de encuestas (por ejemplo, condiciones domésticas, de salud y demográficas), y datos de estudios excepcionales (por ejemplo, estudios clínicos conducidos localmente, estudios de puntos de vistas de usuarios respecto de una cuestión de salud particular y evaluaciones de costo-efectividad). Sin embargo, la evidencia local a menudo está evaluada sólo informalmente o no en su totalidad como parte de los procesos de toma de decisiones en políticas. En algunos lugares, dicha información puede ser difícil de localizar o puede ser de calidad deficiente. Este artículo proporciona un enfoque sistemático para buscar, evaluar e incorporar evidencia local en la toma de decisiones en políticas.

Existe una serie de maneras en las cuales la evidencia local puede ser útil (ver Tabla 1 para obtener una lista). Por ejemplo, los responsables de la toma de decisiones en políticas pueden necesitar evidencia local sobre la prevalencia o la magnitud de una cuestión de salud con el fin de contextualizar (y hacer relevante) la evidencia disponible de revisiones generales o estudios conducidos en otros lugares [3]. (Ver Tabla 2 para una discusión de esta cuestión en el contexto del tratamiento del paludismo en Tanzania y Brasil.) La evidencia basada en la información de los niveles nacionales,

regionales o globales puede no describir adecuadamente una situación local. La evidencia local también puede ser una parte útil de un proceso de establecimiento de prioridades para el desarrollo de opciones de programas o políticas informadas por la evidencia [4]. La información sobre arreglos de gobernanza, financieros y de entrega locales para la atención de la salud puede ser necesaria para informar tales decisiones. Los puntos de vista y las experiencias de las partes interesadas locales, como profesionales de la salud o usuarios, respecto de una opción particular, constituye otra forma importante de evidencia local [5,6]. (Ver Tabla 3 para ejemplos de cómo la evidencia local ha sido utilizada en Australia para evaluar las necesidades respecto de la práctica general, y en Sudáfrica respecto de los puntos de vista sobre el uso de redes tratadas con insecticidas.) Por último, la información sobre los costos locales de una opción y la disponibilidad de recursos es esencial en la toma de decisiones en lo que respecta a la implementación y en la planificación de la provisión de opciones [7-9]. (Ver Tablas 4 y 5 para ejemplos relacionados con esta cuestión en Sudáfrica, Chile y los Estados Unidos.)

La evidencia local puede informar todas las etapas de los procesos de políticas. Por ejemplo, la evidencia local puede plantear una cuestión sobre la agenda política y, de esa manera, ayudar a establecer los objetivos de políticas. La evidencia local también puede ser utilizada por diferentes partes interesadas y grupos de interés para hacer lobby en opciones particulares. Por ejemplo, la Federación de los Habitantes de Asentamientos Informales de Namibia (Shack Dwellers Federation of Namibia) ofrece respaldo a las asociaciones de habitantes de asentamientos informales para la recolección de información sobre la condición socioeconómica de sus miembros y otros residentes, y sobre la disponibilidad de servicios esenciales locales. Esta información ha sido utilizada para ayudar a identificar necesidades locales y también para brindar a los grupos locales una voz en los debates de políticas de gobierno. Los grupos locales también tienen la posibilidad de utilizar esta información para hacer lobby con los políticos y funcionarios públicos locales con el fin de mejorar la calidad de la prestación de servicios en sus áreas y para hacer que más tierras para construir viviendas sean accesibles [10].

Además de informar las decisiones sobre las opciones directamente, la evidencia local puede ser útil para monitorear los efectos de un programa o política a lo largo del tiempo, con el fin de evaluar si los impactos anticipados continúan siendo implementados [11]. (Ver Tabla 6 para una discusión del uso de evidencia local para el monitoreo y la evaluación en el contexto del tratamiento antirretroviral en Sudáfrica.) En los casos donde los datos son recolectados de rutina, algunos niveles de análisis retrospectivos son posibles y esto puede proporcionar un nivel inicial contra el cual puedan evaluarse nuevos programas. La evidencia local también puede ser útil al demostrar las tendencias en los efectos de un programa en áreas geográficas pequeñas, como vecindarios y distritos, y al resaltar las diferencias en la implementación o en la respuesta. Los responsables de la toma de decisiones en políticas también pueden estar preocupados por los impactos de un programa sobre grupos particulares, como

poblaciones vulnerables o grupos minoritarios. La evidencia local también puede ser útil al examinar si los recursos de programas han sido distribuidos equitativamente y si un programa está siendo implementado de maneras que promuevan la equidad (ver, por ejemplo, la referencia [12]).

Los responsables de la toma de decisiones en políticas deben ser cautelosos sobre el uso de evidencia local únicamente para evaluar los posibles impactos de opciones de programas o políticas. La evidencia local puede ser más directamente relevante que los estudios conducidos en otros lugares, pero también puede ser menos confiable debido a las considerables limitaciones en los estudios que fueron realizados localmente. Además, incluso cuando las evaluaciones locales están disponibles, pueden ser confusas debido a errores del azar. Los juicios sobre si basar una conclusión en un subgrupo de evaluaciones relevantes (que resulta han sido realizadas localmente) o en la evidencia global (incluidos los estudios relevantes realizados en otros lugares) están mejor informados si se hacen en el contexto de una revisión sistemática de *todas* las evaluaciones relevantes [2].

Cuando una revisión sistemática no está disponible y no es viable realizar o encargar una, la evidencia local solamente puede ser utilizada para informar decisiones sobre las opciones [13]. En estas circunstancias, los responsables de la toma de decisiones en políticas deben ser conscientes del riesgo de hacer esto, en particular si la evaluación local tiene limitaciones importantes (riesgo de sesgo) o es pequeña (y, por lo tanto, los resultados no son precisos). Sin embargo, en circunstancias (relativamente poco frecuentes) donde se dispone de evaluaciones de gran impacto local y directamente relevantes [14], tal evidencia puede ser óptima para informar decisiones.

Como en todas las demás formas de evidencia, la confiabilidad de la evidencia local debe ser evaluada. En este artículo, sugerimos cinco preguntas que pueden ayudar a identificar y evaluar la evidencia local necesaria para informar una decisión sobre opciones.

PREGUNTAS A TENER EN CUENTA

Las siguientes cinco preguntas pueden ser utilizadas para orientar a los responsables de la toma de decisiones y a otras personas a identificar posibles opciones de programas y políticas y buscar evidencia relacionada. La relación entre estas preguntas se muestra en la Figura 1:

1. ¿Qué evidencia local es necesaria para informar una decisión sobre opciones?
2. ¿Cómo puede buscarse la evidencia local?
3. ¿Cómo debería ser evaluada la calidad de la evidencia local disponible?
4. ¿Existen variaciones importantes en la disponibilidad, la calidad o los resultados de la evidencia local?
5. ¿Cómo debería amalgamarse la evidencia local con otra información?

1. ¿Qué evidencia local es necesaria para informar una decisión sobre opciones?

Puede ser necesario contar con una variedad de evidencia local para informar una decisión sobre opciones (ver Tablas 1 a 8 para ejemplos del uso de evidencia local en diferentes etapas del proceso de políticas). La evidencia necesaria dependerá de la naturaleza de la opción o cuestión en consideración, el contexto y la disponibilidad de las diferentes formas de evidencia local.

2. ¿Cómo puede buscarse la evidencia local?

La evidencia local puede obtenerse a partir de los sistemas de información de salud de rutina, de estudios o encuestas más grandes que pueden ser desagregadas o de estudios específicos que han recolectado o analizado datos a nivel local. Discutimos cada una de ellas en más detalle a continuación.

Al igual que aquellos procesos relacionados con la evidencia global de los efectos [15], los procesos de búsqueda de evidencia local y de emisión de juicios relacionados con su inclusión y evaluación deberían ser sistemáticos (por ejemplo, los procesos sistemáticos deberían ser utilizados para garantizar que se identifique, evalúe y utilice apropiadamente la investigación relevante) y también deberían ser informados de manera transparente. Debería evitarse el uso selectivo de evidencia local (en algunos casos conocido como “*cherry picking*” -escoger lo mejor-) para demostrar la utilidad de una opción particular, ya que puede dar como resultado que datos o información importante sea omitida o pasada por alto durante el proceso de toma de decisiones. Por ejemplo, incluir sólo las estimaciones más grandes de la magnitud de un problema, como la proporción de niños que no completaron su esquema de vacunas, dará como resultado un entendimiento deficiente del problema de la vacunación incompleta. También puede dar como resultado que se asignen recursos escasos a intervenciones que no son necesarias, que no responden a necesidades locales o que pueden no ser necesarias en la medida en la cual fueron provistas. Utilizar las estimaciones más grandes de la proporción de niños que no completan sus esquemas de vacunas para informar una decisión relacionada con las opciones, por ejemplo, puede dar como resultado más recursos asignados al programa de vacunación que los que en realidad se necesitan. De igual manera, puede ser inadecuado basarse sólo en datos sobre la cobertura de la inmunización promedio en una gran población para informar políticas. Tal evidencia puede disimular grandes inequidades en la cobertura de áreas o grupos específicos.

Si bien se puede disponer de una gran variedad de fuentes de evidencia local, esta evidencia puede no estar disponible en una forma que aborde las cuestiones políticas en consideración. Por ejemplo, los datos pueden estar disponibles a partir de una encuesta sobre el acceso de las familias a diferentes formas de servicios sanitarios, como inodoros o letrinas. Sin embargo, estos datos pueden no haber sido analizados en el nivel de agregación necesario, como una región o distrito de salud específico, y

pueden no indicar si las instalaciones de servicios sanitarios eran operativas. Por lo tanto, puede ser necesario realizar análisis de datos disponibles o hacer suposiciones en relación con la aplicabilidad de los datos a una pregunta política particular. Esto se discute con más detalle en las Preguntas 4 y 5 a continuación.

Datos recolectados a nivel local y obtenidos a partir de los sistemas de información de salud de rutina:

Las autoridades de salud nacionales, de distrito y locales (u otras organizaciones en el sistema de salud) a menudo recogen datos en forma rutinaria sobre una gran variedad de cuestiones, entre las que se incluyen [16]:

- *Factores de riesgo:* Tales como la nutrición y la presión arterial
- *Mortalidad y carga de la enfermedad:* Esto incluye los resultados de salud tales como la mortalidad infantil, los resultados del tratamiento de la tuberculosis, las muertes perioperatorias, las enfermedades infecciosas y las notificaciones sobre el cáncer
- *Cobertura de los servicios de salud:*
 - Cobertura para servicios o intervenciones clínicas como las vacunas infantiles o las tasas de tamizaje de cáncer de cuello uterino
 - La información sobre la utilización de los servicios de salud como la duración de la estadía hospitalaria, la cantidad de visitas ambulatorias para condiciones de salud específicas y el expendio de fármacos de prescripción
 - Encuestas de rutina de satisfacción del paciente con la atención
- *Recursos del sistema de salud:*
 - Los gastos de la atención de la salud, según los diferentes programas y centros de costos
 - Los datos de recursos humanos, como la cantidad y los niveles de personal en diferentes instalaciones y programas, los programas de desarrollo del personal implementados y el ausentismo del personal
 - Los datos de desempeño clínico como tasas de infecciones post-quirúrgicas, tiempo para el tratamiento de personas con infarto de miocardio
 - Guías utilizadas para la provisión de atención
 - Adherencia a las guías para provisión de atención
- *Inequidades en la atención de la salud y resultados de salud*

Para algunas de estas fuentes, puede ser posible desagregar datos por grupos específicos, como género o edad, o por área local específica, como vecindario o ciudad [2]. Los datos de los sistemas de información de salud de rutina pueden no haber sido analizados sistemáticamente y puede ser necesario contar con recursos considerables para llevar adelante dicho análisis.

Entre los buenos puntos de inicio para identificar fuentes locales de datos de rutina se incluyen los Departamentos de Información de Salud de los Ministerios de Salud, las Oficinas de Estadísticas Nacionales y las autoridades de salud locales. Cada vez más,

estos departamentos publican en Internet listas de la variedad de datos que capturan y analizan. Muchos también producen regularmente resúmenes de estadísticas. El Departamento de Salud de Ciudad del Cabo en Sudáfrica, por ejemplo, publica en su sitio web información por subdistritos para una pequeña variedad de indicadores de salud, como números de nacidos vivos, números de muertes infantiles, tasas de mortalidad infantil, cantidad de casos de tuberculosis y resultados de tratamiento (ver: www.capetown.gov.za/en/cityhealth/Pages/CityHealth.aspx). La Asociación de Observatorios de Salud Pública (Association of Public Health Observatories) también proporciona datos sobre indicadores de salud claves para cada autoridad local en Inglaterra (ver: www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HEALTH_PROFILES). Las instituciones de investigación locales, las organizaciones no gubernamentales (ONG) de salud, o las oficinas de agencias bilaterales o multilaterales, como las oficinas de la OMS en los distintos países, también pueden asesorar sobre las fuentes locales de datos recolectados de rutina. Algunas bases de datos comerciales pueden incluir evidencia local útil, por ejemplo, relacionada con los precios locales para los medicamentos, su disponibilidad y el uso de otras tecnologías.

En general, las autoridades de salud locales deberían mantener un resumen de fuentes locales de datos recolectados de rutina, ya que los responsables de la toma de decisiones en políticas pueden querer familiarizarse con ellos.

Datos de estudios o encuestas más grandes que pueden ser desagregados a nivel local

Entre las fuentes de datos importantes se incluyen grandes encuestas o estudios como censos nacionales, encuestas regionales de acceso a instalaciones básicas y encuestas de salud y de demografía nacionales. Para algunas de estas fuentes, la desagregación en el nivel de la ciudad o la provincia puede ser posible o ya puede haber sido realizada. Por ejemplo, el sitio de Estadísticas de Vecindarios (Neighbourhood Statistics) de la Oficina de Estadística Nacional del Reino Unido (ver: www.neighbourhood.statistics.gov.uk/Dissemination) les permite a los usuarios encontrar estadísticas para un área al ingresar su nombre o código postal. Están disponibles datos sobre una gran variedad de temas, incluido el acceso a los servicios, los delitos y la seguridad, la salud general, y los embarazos adolescentes. Igualmente, el sitio web de Estadísticas de Sudáfrica (Statistics South Africa) incluye información sobre una amplia variedad de temas desagregados a nivel provincial. Por ejemplo, esto incluye información, basada en datos de una encuesta nacional de hogares, sobre la cobertura del seguro de salud y las consultas del servicio de salud por provincia (ver: www.statssa.gov.za).

Para otros conjuntos de datos, es posible que no sea parte de la rutina realizar análisis en el nivel local adecuado. Esto puede ser factible, sin embargo, si los datos están etiquetados por área geográfica. La agencia que condujo la encuesta o la agencia que aloja estos datos debería poder asesorar sobre si es posible una futura desagregación en el nivel local. El proceso de análisis futuros es más complejo y, por lo tanto, el respaldo

estadístico es generalmente recomendable. Algunos datos de salud, como el uso de servicios de tratamiento para infecciones transmitidas sexualmente y VIH/SIDA, pueden ser considerados sensibles por naturaleza. Por lo tanto, puede no ser posible obtener datos desagregados a nivel local si las agencias que alojan estos datos necesitan garantizar que los individuos particulares no puedan ser identificados de la información que se coloca en el dominio público.

Estudios específicos que han recogido y analizado datos en un área local

Una gran cantidad de estudios de investigación ha recolectado, analizado e informado datos centrados en un área local como una provincia o una ciudad. Estos estudios pueden usar una gran variedad de métodos de recolección y análisis de datos. Los estudios que presentan datos sobre un área local pueden ser localizados de varias maneras:

- A través de búsquedas (idealmente con la ayuda de un especialista en información) en bases de datos globales de artículos de investigación publicados, como PubMed, La Biblioteca Cochrane o las bases de datos regionales de la OMS (por ejemplo, LILACS [Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud]), usando términos geográficos como 'Caracas' o 'Buenos Aires'. PubMed incluye una *hedge*, o estrategia de búsqueda validada, que permite a los usuarios buscar estudios de bases de datos administrativas, encuestas a la comunidad y estudios cualitativos (que pueden ser útiles al proporcionar información sobre los patrones de utilización y sobre los puntos de vistas y las experiencias, por ejemplo). Esta información está disponible en: www.nlm.nih.gov/nichsr/hedges/search.html
- A través de búsquedas (idealmente con la ayuda de un especialista en información) de fuentes de literatura sin publicar o 'gris', tal como Google Scholar, el Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS <http://dosei.who.int/uhtbin/cgiirsi/Mon+May++4+21:00:46+MEST+2009/0/49> y OpenSIGLE (Sistema para información sobre literatura gris en Europa: <http://opensigle.inist.fr>). Muchos estudios locales, como investigaciones operativas sobre los servicios de salud, están publicados como informes en la web pero pueden no estar publicados en las revistas especializadas de investigación. La literatura gris, por lo tanto, es una buena fuente de tal evidencia
- A través del contacto con investigadores locales en universidades, institutos de investigación o departamentos de salud o redes de investigación locales para información relevante, incluidos los informes de estudios no publicados.
- A través del contacto o la búsqueda de los recursos de los observatorios de salud como Observatorio Europeo de Sistemas de Atención de la Salud (European Observatory on Health Care Systems) (www.euro.who.int/observatory), Observatorio Internacional sobre Sistemas de Salud Mental (International Observatory on Mental Health Systems) (www.cimh.unimelb.edu.au/iomhs) o el Observatorio Africano de la Fuerza de Trabajo en el Área de la Salud (Africa Health Workforce Observatory) (www.afro.who.int/hrh-observatory)

3. ¿Cómo debería ser evaluada la calidad de la evidencia local disponible?

Como todas las demás formas de evidencia, la *calidad* de la evidencia local debe ser evaluada. En los casos donde los datos son de mala calidad, la interpretación puede ser difícil y existe riesgo de que se extraigan conclusiones erróneas. Al considerar la evidencia local, puede ser útil diferenciar entre *datos* (por ejemplo, el producto bruto de las mediciones u observaciones) e *información* (por ejemplo, los datos están organizados o analizados en relación con una cuestión o pregunta específica y, por lo tanto, son más útiles para la toma de decisiones [17]). Algunos de los potenciales problemas con la evidencia local se relacionan con los datos (por ejemplo, la manera en la cual se realizó la medición). Otros se relacionan con *cómo* estos datos se convierten en información (por ejemplo, como parte del proceso de análisis).

Una serie de factores pueden comprometer la calidad de datos locales recolectados de rutina. Los trabajadores de la salud que recopilan e ingresan datos, por ejemplo, pueden estar capacitados de manera insuficiente en esta tarea. Igualmente, si no reciben devolución (*feedback*) oportuna sobre su desempeño, pueden no entender la utilidad de los datos para informar la provisión del servicio. El ingreso de datos también puede competir con un gran número de otras tareas de atención en clínicas u hospitales y el control de calidad central puede ser inadecuado [18]. Los problemas relacionados con la calidad de los datos pueden ser difíciles de rectificar una vez que los datos ya han sido recolectados. En contraste, puede ser más fácil rectificar deficiencias en la información al volver a ejecutar un análisis. Los sistemas para la recolección de datos locales deberían idealmente estar diseñados para proporcionar devoluciones de información oportunas y útiles a quienes recogen dichos datos.

La mayoría de la evidencia local que se utiliza para informar decisiones sobre opciones es *descriptiva* (es decir, incluye resúmenes simples de la muestra y las mediciones o los resultados incluidos en los datos) en lugar de *comparativa* (por ejemplo, en función de la comparación de un conjunto de datos con otros, por ejemplo, por área a través del tiempo). Existen algunas excepciones, tales como la evidencia sobre las inequidades que se basa en las comparaciones.

La naturaleza descriptiva de la mayoría de la evidencia local tiene implicancias para la evaluación de la calidad. En el caso de los estudios comparativos, la evaluación de la calidad está centrada principalmente en el riesgo de sesgo (por ejemplo, el riesgo de un “error sistemático, o desviación de la verdad, en los resultados o inferencias” [19]). En contraste, las preguntas clave en la evaluación de la calidad de la evidencia incluyen lo siguiente (adaptado de [11]. Además, ver Tabla 9 para un resumen de las preguntas que pueden utilizarse para guiar las evaluaciones de la calidad de la evidencia local):

- *¿La evidencia es representativa?* Esta pregunta se centra en si la evidencia representa correctamente la población más amplia a partir de la cual se extraen o para la cual se generalizan los hallazgos. Existen varios componentes en esta

pregunta: En primer lugar, ¿existe una clara descripción de la fuente de la evidencia? En segundo lugar, si la evidencia se extrae de una muestra de la población de interés, ¿existe una clara descripción de cómo fue realizada la muestra, y fue apropiado el enfoque de la toma de muestra que se utilizó? En tercer lugar, ¿existe una descripción de cómo se hicieron las inferencias o las generalizaciones para una población más amplia?

- *¿La evidencia es precisa?* Esta pregunta está relacionada con si los datos de la evidencia disponible coinciden, o tienen posibilidad de coincidir, con el valor real del resultado medido. Al abordar esta cuestión, el usuario puede querer considerar si existen descripciones claras de los procesos a través de los cuales los datos fueron recolectados. Las cuestiones que deberían abordarse incluyen: Quién recolectó los datos y si estas personas estaban capacitadas y respaldadas de manera apropiada en esta tarea, qué herramientas se utilizaron para la recolección de datos, cuándo se recolectaron los datos, si se monitoreó la calidad de la evidencia, cómo se realizó el análisis (si se informaron claramente los métodos análisis) y si se discutieron las limitaciones de los datos
- *¿Los resultados informados son apropiados?* Esta pregunta se centra en si las medidas informadas en los datos (como resultados del tratamiento o medidas de utilización de la salud) son adecuadas para abordar la pregunta para la cual se utilizarán los datos. Al abordar esta pregunta, el usuario puede querer considerar si existe una descripción clara del resultado o los resultados medidos, si son confiables, y si proporcionarán una evaluación razonable de la cuestión de la salud. Si los responsables de la toma de decisiones están considerando, por ejemplo, cómo mejorar la calidad de la atención para personas con tuberculosis, los resultados del tratamiento de tuberculosis que se informan de rutina pueden ser una medida útil. Esto se debe a que el hecho de completar el tratamiento de tuberculosis puede estar relacionado con la calidad de la atención recibida por los pacientes

4. ¿Existen variaciones importantes en la disponibilidad, la calidad o los resultados de la evidencia local?

Al evaluar y utilizar la evidencia local, es importante conocer las variaciones en su disponibilidad, calidad o resultados. A continuación se discuten cada una de estas cuestiones.

Disponibilidad: Siempre ocurren grandes variaciones en el rango o la profundidad de la evidencia local disponible en todas las áreas geográficas, jurisdicciones o grupos de población. En muchas instancias, esta variación puede simplemente reflejar diferencias en las políticas o la capacidad de las autoridades de salud u otras agencias en diferentes jurisdicciones o áreas. Sin embargo, en algunos casos, las variaciones en la disponibilidad de evidencia local entre los grupos o áreas pueden reflejar otras inequidades subyacentes. Éstas pueden incluir el acceso limitado que ciertos grupos

tienen a los centros de salud, o el fracaso de las encuestas al incluir grupos “difíciles de alcanzar” como por ejemplo poblaciones de inmigrantes, que hablan otros idiomas o que viven en áreas remotas o con servicios deficientes. Los grupos que están estigmatizados en función de su etnia u orientación sexual, por ejemplo, o porque son vistos como inmigrantes ilegales, también pueden mostrarse reacios a identificarse como pertenecientes a estos grupos para los propósitos de la recolección de datos [20,21]. Por lo tanto, puede haber escasa evidencia local disponible relacionada con estos grupos y recolectar estos datos puede ser un gran desafío. Quienes usan datos locales deben explorar las razones para las variaciones en su disponibilidad y considerar dichos factores en el proceso de toma de decisiones.

La disponibilidad puede estar limitada en otras maneras. En primer lugar, la evidencia puede estar disponible sólo a partir de una fuente, lo que dificulta la verificación cruzada de la confiabilidad de la información. En segundo lugar, la información puede estar disponible para un área importante que incluye el área de interés de la política pero de una manera que no permite que esta información local pueda separarse del conjunto de datos más amplio. En tercer lugar, los responsables de la toma de decisiones en políticas pueden tener acceso a datos de buena calidad a partir de áreas vecinas y pueden tener que evaluar el grado hasta el cual estos datos pueden ser generalizados al área de interés. Por último, la evidencia local puede estar disponible sólo para un indicador que evalúa una cuestión de salud relacionada. Por ejemplo, los responsables de la toma de decisiones en políticas de Colombia solicitaron datos sobre el número de hospitalizaciones por meningitis pero esta información no estuvo disponible de rutina. Sin embargo, el número de muertes por meningitis en Colombia estuvo disponible en el sistema de información WHOSIS (<http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1.cfm>). Además, los datos sobre las tasas de mortalidad por meningitis estuvieron disponibles en una fuente local (www.scielo.br/pdf/rsap/v8s1/v8s1a04.pdf). De estos dos conjuntos de datos, es posible estimar el número total de casos de meningitis en el país.

Calidad y resultados: Las diferentes fuentes de datos de evidencia local pueden diferir en calidad. Además, la calidad de la evidencia local puede diferir de la de otra forma de evidencia utilizada en la toma de decisiones. Por ejemplo, un estudio de datos de rutina sobre paludismo en Mozambique comparó los registros en papel por distritos de los casos de paludismo con hospitalizaciones y muertes en adultos con los datos digitales capturados a nivel provincial. Se identificaron discrepancias considerables entre estas fuentes de datos (diferencia del 62% para casos con hospitalización y diferencia del 48% para muertes). Los autores sugirieron que estas variaciones pueden estar relacionadas con los errores en el proceso de ingreso de datos en el nivel provincial [22]. Tales diferencias en la calidad de los datos deben ser consideradas explícitamente en el proceso de toma de decisiones.

Pueden ocurrir variaciones en los resultados de evidencia local sobre una cuestión de salud particular entre fuentes locales debido a una serie de razones, entre las que se incluyen:

- Diferencias en la manera en la cual la cuestión fue definida y medida entre las fuentes
- Diferencias entre los individuos, grupos u otras entidades acerca de a quiénes pertenecen los datos recolectados entre las fuentes
- Diferencias en los comparadores utilizados
- Diferencias (donde corresponda) en las intervenciones implementadas
- Diferencias en las maneras en las cuales los datos fueron recogidos y analizados entre las fuentes

Al considerar tales variaciones, los usuarios de estos datos deberían explorar las siguientes preguntas:

- ¿La variación es potencialmente importante desde una perspectiva política o clínica?
- Si la variación es importante, ¿es una explicación razonable evidenciada por las fuentes de datos, o puede plantearse una hipótesis de una explicación razonable (por ejemplo, diferencias en reclutamiento, mediciones, análisis, etc.)?
- ¿Existen otras fuentes de información contra las cuales se pueda comparar la evidencia local?

Los usuarios de datos deben documentar cualquier decisión que tomen y que esté relacionada con la interpretación de la evidencia y deben notar cualquier incertidumbre, tal como se discute a continuación.

5. ¿Cómo debería amalgamarse la evidencia local con otra información?

Las decisiones políticas requieren una combinación de *evidencia global* (la mejor evidencia disponible de todo el mundo) – idealmente a partir de revisiones sistemáticas – y diferentes tipos de *evidencia local*, suposiciones y juicios. Cuando la evidencia local es clave para una decisión política (es decir, podría influir una decisión en una dirección u otra) es importante:

- Describir el enfoque utilizado para *identificar* la evidencia local. Idealmente, debería utilizarse un enfoque sistemático para acceder a esta evidencia
- Describir el enfoque utilizado para *evaluar* la evidencia local. Tal como se observó anteriormente, se recomienda un enfoque sistemático para evaluar la evidencia. Cuando son necesarios los atajos, o es necesario hacer suposiciones o usar observaciones informales, esto debe hacerse de manera transparente

- Describir claramente qué evidencia local se utiliza y de dónde se obtiene la evidencia. Esto debe incluir detalles relacionados a las comunidades o grupos específicos desde donde se extrae la evidencia. Tanto como sea posible, se deben citar y poner a disposición documentos y otras fuentes para otras personas involucradas en el proceso de toma de decisiones
- Describir cualquier brecha o incertidumbre importante en la evidencia debido a la falta de información local o porque su calidad es deficiente. Un estudio del uso de datos disponibles del Registro de Inmunización Infantil de Australia (Australian Childhood Immunization Register), por ejemplo, halló que existieron desafíos en el uso del Registro para medir adecuadamente las tasas de inmunizaciones y los resultados en poblaciones específicas, como por ejemplo los grupos indígenas [13]. Se han informado incertidumbres similares de los países de medianos y bajos ingresos [23,24]. También puede haber incertidumbres en la evidencia debido a los hallazgos conflictivos entre los diferentes conjuntos de datos de evidencia local. Por ejemplo, las tasas de mortalidad hospitalaria, las tasas de complicaciones, o la duración de la estancia en cuidados intensivos pueden ser utilizadas para evaluar la calidad de la atención quirúrgica. Los estudios han hallado una pobre correlación entre estos diferentes indicadores [18,25,26]. En consecuencia, puede ser difícil decidir cuáles son los conjuntos de datos que mejor reflejan la calidad “real” de los servicios quirúrgicos en un hospital o región y, por lo tanto, cuáles son los conjuntos de datos que deben utilizarse para informar la toma de decisiones en políticas. La aplicabilidad de la evidencia local a subgrupos de poblaciones particulares también puede ser incierta. Por ejemplo, la evidencia local sobre las tasas de embarazo adolescente puede estar disponible para la población general pero no está disponible para los subgrupos de poblaciones (por ejemplo, por etnia o idioma)
- Por último, es importante identificar y discutir cualquier diferencia entre los hallazgos obtenidos de la evidencia *global* y aquellos obtenidos de la evidencia *local*. Por ejemplo, la evidencia global sugiere que los trabajadores sanitarios legos pueden ser efectivos en mejorar la toma de inmunizaciones en niños [27]. Sin embargo, la evidencia local podría sugerir lo contrario si existieran puntos de vista locales fuertes acerca de que las personas legas están calificadas inadecuadamente para proporcionar asesoramiento en salud. En esta instancia, la promoción de este cuidado sería menos efectiva en el nivel local. Tal evidencia local podría llevar a menos confianza (por ejemplo, mayor incertidumbre) relacionada con la aplicabilidad de la evidencia global sobre los trabajadores sanitarios legos para la toma de inmunizaciones, incluso las revisiones globales aún serían vistas como proporción de la mejor estimación disponible de efectividad. También es necesario ser cauteloso en la aplicación de la evidencia económica de otros lugares a una jurisdicción particular ya que los costos relativos de algunos aportes pueden variar considerablemente entre los lugares. Por ejemplo, los costos de recursos humanos en general varían localmente mientras que los costos farmacéuticos pueden ser similares en los diferentes lugares

Un buen entendimiento del contexto y las condiciones locales puede ser útil para interpretar la evidencia local y global [28]. Los elementos claves del contexto que deben considerarse incluyen: el contexto físico (como centros de salud, cadenas de suministro, sistemas bancarios, etc.), recursos humanos, conocimientos (incluidas las capacidades para implementar una política o intervención), el contexto sociocultural (incluidas las cuestiones como sistemas de creencias, valores, corrupción, etc.) y el contexto político. Las herramientas como el mapeo político pueden ser útiles en el desarrollo y el entendimiento del contexto político [29,30].

Los enfoques tales como una evaluación rápida pueden utilizarse para reunir la variedad de datos diferentes disponibles en los niveles local y global para abordar una pregunta política específica. Por ejemplo, este enfoque ha sido utilizado para extraer datos relacionados con el manejo de la atención de la diabetes en Georgia y en Kirguistán [31,32]. La evidencia local, junto con una evaluación de su confiabilidad, también puede incorporarse en resúmenes de políticas (*policy briefs*) y una variedad de otros documentos que se utilizan para informar procesos de políticas. Discutimos el uso de resúmenes de políticas con más detalles en otro artículo [33].

CONCLUSIÓN

La evidencia local puede informar todas las etapas del proceso político, desde influenciar la agenda política hasta darle forma a las elecciones de programas y monitorear la sostenibilidad del programa (ver la Tabla 10 por ejemplos de los tipos de evidencia local que podría ser relevante para preguntas políticas específicas). Tal evidencia puede obtenerse a partir de los sistemas de información de salud de rutina, desde estudios hasta encuestas más grandes que pueden ser desagregadas, o de estudios en los cuales se han recolectado o analizado datos en el nivel local. Tanto la evidencia necesaria como la evidencia disponible dependerá de la naturaleza de la pregunta política en consideración y del contexto.

En muchos lugares, es necesario tomar medidas para mejorar la calidad y el uso de los datos sobre las condiciones locales. Estas medidas pueden incluir la motivación de los recolectores de datos garantizando que tal información sea útil para ellos y retroalimentada de manera oportuna. También puede ser necesario garantizar que los responsables de la toma de decisiones en políticas y quienes los respaldan tengan conocimiento de las fuentes de datos sobre las condiciones locales. Al igual que las demás formas de evidencia, la *calidad* de la evidencia local también debe ser evaluada. Los responsables de la toma de decisiones en políticas deben ser cautelosos sobre el uso de evidencia local solamente para evaluar los posibles impactos de opciones de programas o políticas. La evidencia local puede ser más directamente relevante que los estudios conducidos en otros lugares. Pero también puede ser menos confiable debido a las limitaciones considerables de los estudios que se llevan a cabo localmente.

RECURSOS

Documentos útiles y lectura complementaria

WHO. World Health Statistics. Indicator compendium (Interim version). Geneva: World Health Organisation. 2009.

www.who.int/whosis/indicators/WHS09_IndicatorCompendium_20090521.pdf

La red “Creating Excellence” del Reino Unido ha producido una breve guía de evidencia local y una serie de herramientas para reunir y analizar los datos locales.

www.creatingexcellence.org.uk/regeneration-renewal-news262.html

Department for Education and Skills. Using local evidence. Folleto para gerentes, planificadores y encargados de servicios.

www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/download/?id=5728

Enlaces a sitios web

WHO Statistical Information System (WHOSIS): www.who.int/whosis/en – Esta es una base de datos interactiva que reúne las estadísticas de salud centrales para los 193 Estados Miembros de la OMS. Abarca más de 100 indicadores, que pueden accederse por medio de una búsqueda rápida, por categorías importantes, o a través de las tablas definidas por los usuarios

African Index Medicus: <http://indexmedicus.afro.who.int> – Un índice internacional de literatura de salud de África y fuentes de información producida por la OMS en colaboración con la Asociación para Bibliotecas e Información en África (Association for Health Information and Libraries in Africa). Brinda acceso a la información de salud publicada en, o relacionada con, África y puede realizarse una búsqueda sin costo alguno

La Biblioteca Cochrane:

www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME – La Biblioteca Cochrane contiene evidencia independiente y de alta calidad para informar la toma de decisiones basada en la evidencia. Incluye evidencia confiable de estudios clínicos y revisiones sistemáticas Cochrane y de otro tipo. Las revisiones Cochrane brindan los resultados combinados de los mejores estudios de investigación médica del mundo y son reconocidas como el patrón oro en la atención de la salud basada en la evidencia

PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed – La base de datos de PubMed contiene más de 19 millones de citas para artículos biomédicos de una amplia variedad de revistas especializadas indexadas y permite realizar búsquedas sin costo alguno

Health Metrics Network: www.who.int/healthmetrics/en – Una asociación global sobre fortalecimiento del sistema de información de salud. El sitio web proporciona una

variedad de herramientas e información para respaldar el fortalecimiento del sistema de información de salud

Datos de encuestas demográficas y de salud: www.measuredhs.com – Los programas de encuestas demográficas y de salud han recolectado, analizado y diseminado datos sobre población, salud, estado de VIH y nutrición a través de más de 200 encuestas en más de 75 países. El sitio web proporciona una variedad de datos disponibles de estas encuestas sin costo alguno

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

SL preparó el primer borrador. ADO, JNL, AF, SGM y SMB 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, nos gustaría agradecerle a Xavier Bosch-Capblanch por los comentarios útiles sobre 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. McLaren L, Ghali LM, Lorenzetti D, Rock M: **Out of context? Translating evidence from the North Karelia project over place and time.** *Health Educ Res* 2007, **22:414-24**.
4. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S3)**.

5. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al: **Systematic review of involving patients in the planning and development of health care.** *BMJ* 2002, **325**:1263.
6. Meads GD, Griffiths FE, Goode SD, Iwami M: **Lessons from local engagement in Latin American health systems.** *Health Expect* 2007, **10**:407-18.
7. Brunetti M, Oxman A, Pregno S, Lord J, Shemilt I, Vale L, et al: **GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use.** *J Clin Epidemiol.* 2009. In Press
8. Hoffmann C, Stoykova BA, Nixon J, Glanville JM, Misso K, Drummond MF: **Do health-care decision makers find economic evaluations useful? The findings of focus group research in UK health authorities.** *Value Health* 2002, **5**:71-8.
9. 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)**.
10. UN Habitat: *Partnership between shack dwellers and a local NGO housing lobby group, Windhoek, Namibia.* UN Habitat and the Together Foundation: Best Practices Database. 2002.
11. The South West Centre for Sustainable Communities: *Local evidence guide. A guide to finding local data and statistics in the South West.* [www.creatingexcellence.org.uk/ceimages/CE_LocalEvidenceGuide.pdf]. Creating: Excellence. 2008.
12. Mindell J, Klodawski E, Fitzpatrick J: **Using routine data to measure ethnic differentials in access to coronary revascularization.** *J Public Health* 2008, **30**:45-53.
13. Morrato EH, Elias M, Gericke CA: **Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA.** *J Public Health* 2007, **29**:463-71.
14. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.
15. 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)**.
16. World Health Organization (WHO): *World Health Statistics. Indicator compendium (Interim version).* Geneva, World Health Organisation. 2009.
17. Ackoff RL: **From data to wisdom.** *Journal of Applied Systems Analysis* 1989, **15**:3-9.
18. Powell AE, Davies HT, Thomson RG: **Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls.** *Qual Saf Health Care* 2003, **12**:122-8.

19. Higgins JPT, Green S: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 [updated September 2008]*. The Cochrane Collaboration; 2008.
20. Hajioff S, McKee M: **The health of the Roma people: a review of the published literature.** *J Epidemiol Community Health* 2000, **54**:864-9.
21. Meyer IH: **Why lesbian, gay, bisexual, and transgender public health?** *Am J Public Health* 2001, **91**:856-9.
22. Chilundo B, Sundby J, Aanestad M: **Analysing the quality of routine malaria data in Mozambique.** *Malar J* 2004, **3**:3.
23. Bosch-Capblanch X, Ronveaux O, Doyle V, Remedios V, Bchir A: **Accuracy and quality of immunization information systems in forty-one low income countries.** *Trop Med Int Health* 2009, **14**:2-10.
24. Lim SS, Stein DB, Charrow A, Murray CJ: **Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage.** *Lancet* 2008, **372**:2031-46.
25. Hartz AJ, Kuhn EM: **Comparing hospitals that perform coronary artery bypass surgery: the effect of outcome measures and data sources.** *Am J Public Health* 1994, **84**:1609-14.
26. Iezzoni LI: **Using risk-adjusted outcomes to assess clinical practice: an overview of issues pertaining to risk adjustment.** *Ann Thorac Surg* 1994, **58**:1822-6.
27. 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.
28. 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)**.
29. Hawkes S, Miller S, Reichenbach L, Nayyar A, Buses K: **Antenatal syphilis control: people, programmes, policies and politics.** *Bull World Health Organ* 2004, **82**:417-23.
30. Reich M: *Political mapping of health policy: a guide for managing the political dimension of health policy.* Boston: Harvard School of Public Health; 1994.
31. Balabanova D, McKee M, Koroleva N, Chikovani I, Gogvadze K, Kobaladze T, *et al.*: **Navigating the health system: diabetes care in Georgia.** *Health Policy Plan* 2009, **24**:46-54.
32. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J: **The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan.** *Int J Health Plann Manage* 2004, **19**:43-61.
33. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

34. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S4).
35. Mubyazi GM, Gonzalez-Block MA: **Research influence on antimalarial drug policy change in Tanzania: case study of replacing chloroquine with sulfadoxine-pyrimethamine as the first-line drug.** *Malar J* 2005, 4:51.
36. Pan American Health Organization (PAHO): *Informe Regional de SIREVA II: datos por país y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Neisseria meningitidis en procesos invasores, 2000-2005.* Washington, DC, Pan American Health Organization. 2007.
37. Consumers' Health Forum of Australia: *Consumers' Expectations of General Practice in Australia.* Deakin, Consumer's Health Forum. 1999.
38. Cliff J, Lewin S, Woelk G, Fernandes B, Sharp B, Daniels K, et al: **Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe.** *Health Policy and Planning* 2009, Submitted.
39. Mnzava AEP, Ntuli MV, Sharp B: **House replastering as a reason to shift from DDT spraying to synthetic pyrethroids.** *South African Medical Journal (Public Health)* 1998, 88:1024-8.
40. Dick J, Henchie S: **A cost analysis of the tuberculosis control programme in Elsies River, Cape Town.** *S Afr Med J* 1998, 88:380-3.
41. Keating KM, Brewer NT, Gottlieb SL, Liddon N, Ludema C, Smith JS: **Potential barriers to HPV vaccine provision among medical practices in an area with high rates of cervical cancer.** *J Adolesc Health* 2008, 43:S61-7.
42. Ndlovu N, Daswa R: *Monitoring AIDS Treatment Rollout in South Africa: Lessons from the Joint Civil Society Monitoring Forum (JCSMF).* Budget Brief No. 161. 13-4-2006.
43. Giles-Corti B, Donovan RJ: **The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity.** *Soc Sci Med* 2002, 54:1793-812.
44. Lavis JN, Boyko J: *Evidence Brief: Improving Access to Primary Healthcare in Canada.* Hamilton, Canada, McMaster Health Forum. 2009.

Figura 1. Búsqueda y uso de la evidencia acerca de condiciones locales para informar decisiones sobre opciones de programas o políticas

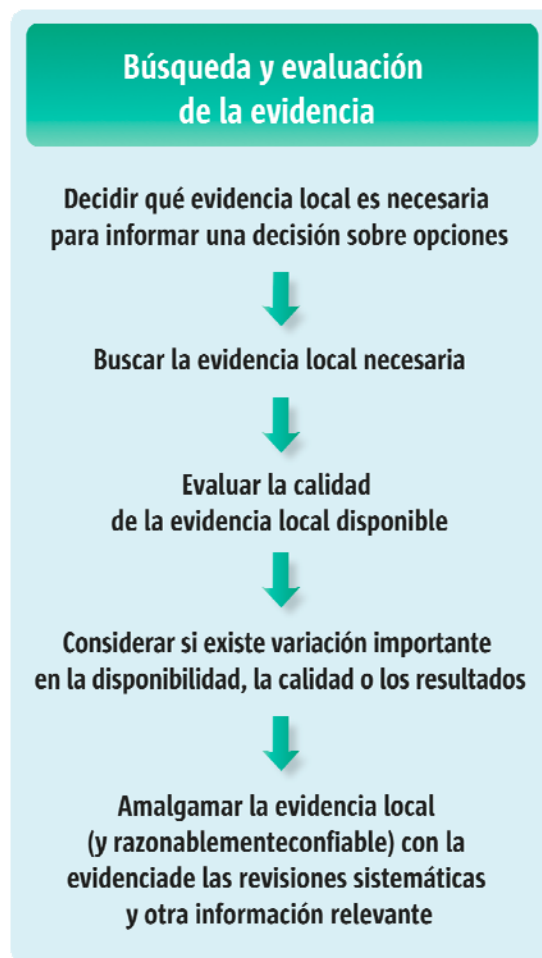


Tabla 1. Usos de la evidencia local para informar decisiones sobre opciones

La evidencia local puede utilizarse para:

- Estimar la magnitud del problema o asunto que la política tiene por objetivo abordar
- Diagnosticar las posibles causas del problema [34]
- Contextualizar, y hacer relevante, la evidencia de revisiones globales de los efectos de las intervenciones (por ejemplo, al proveer información comparativa sobre la variedad y los resultados de las intervenciones implementadas localmente)
- Ayudar a seleccionar prioridades para el desarrollo de las políticas y programas informadas por la evidencia
- Describir los arreglos de gobernanza, financieros y de entrega locales para la atención de la salud
- Informar las evaluaciones de los posibles impactos de las opciones de políticas (por ejemplo, debido a la existencia de factores modificadores)
- Informar juicios sobre valores y preferencias respecto de las opciones de políticas (es decir, la importancia relativa que quienes se ven afectados les atribuyen a posibles impactos de opciones de políticas) y puntos de vistas relacionados con estas opciones
- Estimar los costos (y los ahorros) de las opciones de políticas
- Evaluar la disponibilidad de recursos (incluidos los recursos humanos, la capacidad técnica, la infraestructura, los equipos) necesarios para implementar una intervención
- Identificar barreras para implementar las opciones de políticas
- Monitorear la sostenibilidad de los efectos del programa a lo largo del tiempo
- Examinar los efectos de una opción de política sobre grupos locales en particular
- Examinar los impactos de la equidad de un programa después de su implementación

Tabla 2. Uso de la evidencia local para estimar la magnitud del problema o asunto que una opción tiene por objetivo abordar

Una serie de países han enmendado sus políticas contra el paludismo para reemplazar la cloroquina por la sulfadoxina-pirimetamina como medicamento de primera línea para el tratamiento del paludismo, debido a los crecientes niveles de resistencia del parásito a la cloroquina. En Tanzania, el ímpetu para enmendar las políticas de tratamiento se basó en parte en la evidencia de una tasa de curación de aproximadamente un 40% para la cloroquina, en comparación con un 85-90% para la sulfadoxina-pirimetamina. Esta evidencia local de la magnitud del problema se extrajo de sitios centinelas en todo el país y se vinculó con la creciente carga de la morbimortalidad del paludismo observada en el país [35].

En algunos países de Latinoamérica, existe preocupación en lo que respecta al nivel hasta el cual la vacuna antineumocócica incluye serotipos comunes en la región. Con el fin de estimar la magnitud de este posible problema, se ha utilizado información de sitios centinelas para evaluar la relación entre los serotipos incluidos en la vacuna y aquellos prevalentes en la región. En Brasil, por ejemplo, se estimó que el 67,5% de los casos de enfermedad invasiva en niños menores de 5 años fue producido por serotipos incluidos en la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente [36].

Tabla 3. Uso de la evidencia local para informar juicios sobre valores y puntos de vista relacionados con las opciones

La importancia de hacer partícipes a los consumidores y las comunidades en las decisiones relacionadas con la atención de su salud se reconoce ampliamente. En Australia, el Foro de Salud de los Consumidores llevó adelante consultas con los consumidores y las organizaciones de consumidores para explorar sus necesidades y expectativas relacionadas con la práctica general. Esta evidencia fue reunida para informar el desarrollo de políticas para la implementación de los servicios de la práctica general y la mejora de las relaciones entre las partes interesadas clave. La evidencia fue alimentada en una serie de procesos de políticas australianas, incluida la Estrategia de Reforma de la Práctica General del gobierno, la Revisión de la Estrategia de la Práctica General y el desarrollo de una atención coordinada propuesta por el Consejo de Gobierno Australianos [37].

La aceptabilidad local de las intervenciones de control del paludismo basadas en la comunidad ofrece otro ejemplo de participación de consumidores y comunidad. El aerosol residual para interiores (IRS) y las redes tratadas con insecticidas, las dos principales estrategias de prevención del paludismo, son similares en costo y en eficacia. La aceptabilidad de estas intervenciones varía según los lugares. En Sudáfrica, tanto la investigación como el monitoreo del programa de rutina han resaltado la insatisfacción de la comunidad con el insecticida del IRS, el DDT. Esto se debe a que el residuo que deja el DDT en las paredes del hogar estimula a los insectos molestos como las chinches. En ciertas áreas de Mozambique, existen preocupaciones acerca de que los hábitos de sueño específicos, por ejemplo, que la gente duerma a la intemperie por el calor, también podrían influir negativamente en la aceptación de las redes [38,39].

Tabla 4. Uso de la evidencia local para estimar los costos (y los ahorros) de las opciones

La política de la OMS recomienda el uso de observación directa del tratamiento (DOT) para la implementación del tratamiento para la tuberculosis (TB). La DOT puede ser implementada en una serie de maneras, entre las que se incluyen las clínicas de la atención primaria de la salud y la comunidad. Una opción de política alternativa es que los pacientes con TB supervisen su propio tratamiento. Se realizó un estudio en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, para evaluar los costos asociados con cada una de las opciones de clínica, comunidad y supervisión para la implementación del tratamiento. Los datos locales fueron utilizados para evaluar los requisitos de entrada de recursos de estas tres opciones alternativas a lo largo de un período de tratamiento de seis meses. Estos datos fueron utilizados luego para estimar el costo por paciente tratado para cada uno de los tres enfoques de supervisión. Los resultados indican que el costo (en moneda sudafricana) por paciente fue de R3600 para la supervisión de la clínica, R1080 para la supervisión de uno mismo y R720 para la supervisión de la comunidad. Los autores concluyeron que la DOT basada en la comunidad por parte de un trabajador sanitario lego puede ser menos costosa para los servicios de salud que la supervisión de uno mismo o basada en la clínica [40]. Esta información de costos influyó sobre la decisión de la ciudad de expandir la implementación de DOT a través de trabajadores sanitarios legos basados en la comunidad.

Los responsables de la toma de decisiones en políticas en un país de Latinoamérica requirieron información sobre los costos de los implantes cocleares para evaluar los potenciales costos y ahorros de las intervenciones para tratar la pérdida de la audición. Una búsqueda de literatura local usando Google identificó un informe del Ministerio de Salud de Chile en el cual los costos fueron delineados para el reemplazo de varios componentes necesarios para los implantes cocleares. Estos datos fueron utilizado para estimar el posible costo total de los implantes cocleares en el ámbito local. (El informe puede encontrarse en:

www.minsal.cl/ici/rehabilitacion/consentimiento_informado.pdf.)

Tabla 5. Uso de la evidencia local para evaluar la disponibilidad de recursos con vista a informar una decisión relacionada con opciones

Un creciente número de países está agregando la nueva vacuna contra el virus de papiloma humano (HPV) a los esquemas de inmunización de rutina, o están considerando hacerlo. La vacuna es altamente efectiva contra las cepas del virus responsable de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino, y ha sido recomendada para la inmunización de rutina en adolescentes mujeres en los Estados Unidos. Sin embargo, se cree que la implementación en todo el país será dispar. Se realizó un estudio en un área de Carolina del Norte con altas tasas de cáncer de cuello uterino. El estudio exploró barreras para la administración y la distribución de la vacuna según la percepción de los prestadores de salud. Las prácticas médicas observaron una serie de preocupaciones clave, entre las que se incluyen: reembolso inadecuado por parte de las compañías de seguro de los costos de las vacunas, el alto costo de la vacuna (dado que muchos consumidores que la necesitan no contaban con un seguro de salud adecuado), la carga sobre las prácticas en lo que respecta a asegurar la disponibilidad de la cobertura del seguro para cada paciente (dada la variedad de políticas de los distintos aseguradores) y el alto costo inicial de comprar y almacenar la vacuna. Los autores del estudio observan que estas preocupaciones sobre los recursos pueden actuar como barreras a la implementación de la política de vacunación nacional [41].

Tabla 6. Uso de la evidencia local para monitorear y evaluar políticas

En Sudáfrica se ha implementado un programa nacional para la expansión de una atención integral de VIH y SIDA, incluido el tratamiento antirretroviral (ART). El Foro Conjunto de Monitoreo de la Sociedad Civil, un foro local que incluye ONGs, institutos de investigación y otras partes interesadas, fue creado para ayudar al gobierno con la implementación efectiva y eficaz del programa. Un documento de resumen que delinea las lecciones que surgen de este proceso observa que: “La democracia puede ser representada por la capacidad pública de contribuir e influir sobre las decisiones y los programas del estado. Con respecto a la implementación [de la ART], se ha informado que el acceso a la información ha sido un desafío importante. Según se informa, no todas las provincias han tenido la voluntad de ofrecer información al respecto. Esto ha dificultado el monitoreo y el desarrollo de resoluciones apropiadas ” ([42] p3-4). El informe también resalta las dificultades para obtener datos desagregados sobre los gastos por VIH y SIDA. Además, observa que estas dificultades, en cambio, crean problemas al monitorear de qué manera se gastan los presupuestos de VIH/SIDA, en particular con respecto al gasto relativo sobre el tratamiento versus la prevención, la atención y el respaldo [42]. Este ejemplo resalta la necesidad de evidencia local para monitorear efectivamente la implementación de un programa de salud clave.

Tabla 7. Uso de evidencia local para diagnosticar las posibles causas de una cuestión de salud

Un estudio australiano de factores que afectan la actividad física recreativa halló que mientras que las personas que viven en áreas desfavorecidas tenían niveles similares de acceso al espacio público abierto que los lugares de mejor calidad, el equipamiento y el espacio disponible en las áreas desfavorecidas fue de menor calidad. El estudio sugirió que esto puede explicar niveles más bajos de uso de estos espacios en áreas desfavorecidas [43].

Una provincia de Argentina detectó un aumento en la mortalidad materna. Al buscar razones explicativas, se identificó un estudio local reciente en el cual se evaluaron las causas de mortalidad materna. El informe también evaluó aquellos aspectos de la atención de la salud que requirieron una modificación para disminuir la mortalidad. Este estudio local sugirió que el aborto fue la causa más frecuente de muerte materna. (Este estudio está disponible en: www.aagop.com.ar/articulos/CEDES.pdf)

Tabla 8. Uso de la evidencia local para evaluar los posibles impactos de las opciones (es decir, la existencia de factores modificadores) e identificar barreras para la implementación de las opciones

En Argentina, se realizó una evaluación de una regulación relacionada con los pagos para los tratamientos para la obesidad, como la cirugía bariátrica. Se utilizó una encuesta nacional sobre factores de riesgo cardiovasculares para evaluar el nivel hasta el cual la obesidad se considera un problema nacional. Esta encuesta facilitó datos sobre la proporción de personas con sobrepeso u obesas y, por lo tanto, pudo ser utilizada para evaluar los posibles impactos de poner a disposición diferentes formas de tratamientos para la obesidad. (Esta encuesta está disponible en: www.msal.gov.ar/hm/Site/enfr/resultados_completos.asp.)

Las partes interesadas canadienses, que participaron de un diálogo deliberativo sobre cómo mejorar el acceso a la atención primaria de la salud en Canadá, consideraron una variedad de opciones. Todas estas incluyen alguna forma de transición desde la atención liderada por un médico hacia la atención liderada por un equipo. Se preparó un resumen de la evidencia, extraído de la evidencia local, para informar el diálogo. Esto identificó cuatro potenciales barreras a la implementación de las opciones:

1. Cautela inicial entre algunos pacientes de interrupciones potenciales con la relación con su médico de atención primaria de la salud
2. Cautela por parte de los médicos de infracciones potenciales de su autonomía comercial y profesional, en vista del componente de prestación privado del arreglo de “prestación privada/pago público” con los médicos
3. Una posible falta de viabilidad en términos de escala organizacional en muchas comunidades remotas y rurales
4. Voluntad gubernamental de extender el pago público a otros prestadores de salud, como parte del arreglo de “prestación privada/pago público” con los médicos. Este punto tuvo especial consideración durante una recesión [44]

Tabla 9. Preguntas para orientar la evaluación de la calidad de la evidencia local

Principales criterios de calidad	Subpreguntas	Ejemplo de la evaluación de la calidad de la evidencia local: Datos recolectados de rutina sobre resultados de tratamientos de TB de registros de TB
¿La evidencia es representativa?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe una clara descripción de la fuente de la evidencia? • Si la evidencia se extrae de una muestra de la población de interés, ¿existe una descripción clara de cómo se realizó la toma de muestras? • ¿El enfoque toma de muestras fue apropiado (donde pudo aplicarse)? • ¿Existe una descripción de cómo se hicieron las inferencias o las generalizaciones a la población más amplia? 	<ul style="list-style-type: none"> • Los registros de TB deben asentar como proceso de rutina la información sobre cada paciente diagnosticado con TB. La información no se basa en una muestra de la población de interés. Por lo tanto, debe ser representativa de los resultados demográficos y de tratamiento para las personas con TB en un lugar en particular, siempre que esté completo para cada persona con TB
¿La evidencia es precisa?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe una descripción clara de quién recolectó los datos? • ¿Los encargados de recolectar los datos fueron capacitados y respaldados de manera adecuada en esta tarea? • ¿Cuáles fueron las herramientas utilizadas para la recolección de datos? 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las autoridades de salud proporcionan un manual, basado en las guías de la OMS, para completar el registro de TB. Este documento generalmente especifica qué información debe ser recolectada y por quién. Al usar estos datos, los responsables de la toma de decisiones en políticas deben verificar si

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se utilizaron las herramientas adecuadas? • ¿Cuándo se recolectaron los datos? • ¿Se monitoreó la calidad de los datos recolectados y se demostró que la calidad fuera adecuada? • ¿Cómo se analizaron los datos? • ¿Se informó claramente el método de análisis? • ¿Se discutieron las limitaciones de los datos? 	<p>existe una orientación clara sobre cómo completar el registro, si el personal del programa de TB ha sido capacitado en su uso, si existen mecanismos vigentes para verificar la calidad de estos datos en los niveles de las clínicas y los distritos, y si la recopilación de datos se realizó de manera adecuada</p>
<p>¿Los resultados informados son apropiados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe una descripción clara de quién midió los resultados? • ¿El resultado medido es confiable? • ¿Estos datos se midieron apropiadamente? • ¿Estos resultados proporcionaron una evaluación razonable de la cuestión de salud? 	<ul style="list-style-type: none"> • En general, se incluye una variedad de medidas en los registros de TB, según las guías de la OMS. Estas están diseñadas para evaluar el funcionamiento del programa de TB. Sin embargo, los datos en general no proporcionan medidas directas de cuestiones como la satisfacción de los pacientes con la atención prestada por el personal del programa de TB

Tabla 10. Tipos de evidencia local para abordar cuestiones de políticas específicas

Etapa del ciclo político	Uso de la evidencia local	Tipos de evidencia local que podría ser relevante
	<ul style="list-style-type: none"> • Para estimar la magnitud del problema o cuestión que la política intenta abordar y los puntos de vista de las partes interesadas al respecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de estadísticas vitales de fuentes de rutina, encuestas como las del Ministerio de Salud nacional • Datos de morbilidad de fuentes de rutina en los niveles institucional (ej., hospital), subnacional o nacional • Estudios locales de experiencias y puntos de vistas de las partes interesadas
	<ul style="list-style-type: none"> • Para diagnosticar las posibles causas del problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios locales de experiencias y puntos de vistas de las partes interesadas • Datos de encuestas relacionados con factores de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Para describir los arreglos de gobernanza, financieros y de entrega locales para la atención de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros, guías y políticas del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía • Regulaciones de organizaciones profesionales
Evaluación de las opciones de políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Para contextualizar la evidencia de revisiones globales de los efectos de las intervenciones y para darle relevancia a esta evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de las agencias de prestación de salud locales sobre la variedad de intervenciones implementadas actualmente (para un problema

Etapa del ciclo político	Uso de la evidencia local	Tipos de evidencia local que podría ser relevante
		<p>de salud particular) y sus resultados, que pueden ser comparados con los programas evaluados en las revisiones globales</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Datos de las agencias de prestación de salud locales sobre la cobertura local de estas intervenciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Para informar las evaluaciones de los posibles impactos de las opciones de políticas (por ejemplo, debido a la existencia de factores modificadores) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios locales de programas similares
	<ul style="list-style-type: none"> • Para informar juicios sobre valores y preferencias respecto de las opciones de políticas (es decir, la importancia relativa que quienes se ven afectados le atribuyen a posibles impactos de opciones de políticas) y puntos de vistas relacionados con estas opciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios locales de puntos de vistas de las partes interesadas • Información de las organizaciones de partes interesadas, ej., organizaciones que representan al público y a grupos de usuarios específicos, tales como aquellos que viven con problemas de salud particulares • Información de diálogos deliberativos con partes interesadas

Etapa del ciclo político	Uso de la evidencia local	Tipos de evidencia local que podría ser relevante
	<ul style="list-style-type: none"> • Para estimar los costos (y los ahorros) de las opciones de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios locales de costos y ahorros de los programas • Datos de costos organizados por programas o departamentos de salud o por agencias de prestación no gubernamentales
	<ul style="list-style-type: none"> • Para examinar los efectos de una opción de política sobre grupos locales en particular 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos del programa recolectados de rutina • Estudios locales que se centran en los grupos de interés
Exploración de las estrategias de implementación para una opción de política	<ul style="list-style-type: none"> • Para evaluar la disponibilidad de los recursos (incluidos los recursos humanos, la capacidad técnica, la infraestructura y los equipos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de recursos organizados por programas o departamentos de salud o por agencias de prestación no gubernamentales • Estudios locales de uso de recursos por parte de programas similares
	<ul style="list-style-type: none"> • Para identificar barreras para implementar las opciones de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios locales de puntos de vistas de las partes interesadas • Información de las organizaciones de partes interesadas, por ejemplo, organizaciones que representan al público y a grupos de usuarios específicos, tales como aquellos que viven con problemas de salud particulares • Información de diálogos deliberativos con partes interesadas

Etapa del ciclo político	Uso de la evidencia local	Tipos de evidencia local que podría ser relevante
		<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de barreras locales
Monitoreo de los efectos de una opción de política	<ul style="list-style-type: none"> • Para monitorear la sostenibilidad de los efectos del programa a lo largo del tiempo • Para examinar los impactos de la equidad de un programa después de su implementación 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos del programa recolectados de rutina • Datos que pueden ser desagregados por género, edad, área de residencia, etc.