

# 1. Qué es la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia

---

*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). 1. What is evidence-informed policymaking?** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S1**  
doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S1.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.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 discutimos las tres preguntas siguientes: ¿Qué es la evidencia? ¿Cuál es el rol de la evidencia de la investigación en el respaldo de las decisiones en políticas de salud? ¿Qué es la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia?

La toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia es un enfoque a las decisiones en políticas cuyo objetivo es garantizar que la toma de decisiones esté bien informada por la mejor evidencia de investigación disponible. Se caracteriza por el *acceso* sistemático y transparente a, y la *evaluación* de, la evidencia como un aporte al proceso de toma de decisiones en políticas. El proceso global de la toma de decisiones en políticas no se supone que sea sistemático y transparente. Sin embargo, dentro de este proceso, los procesos sistemáticos se utilizan para garantizar que la investigación relevante sea identificada, evaluada y utilizada apropiadamente. Estos procesos son transparentes para garantizar que otros puedan examinar qué evidencia de la investigación fue utilizada para informar decisiones en políticas, así como también los juicios sobre la evidencia y sus implicancias. La toma de decisiones en políticas informada por la evidencia ayuda a los responsables de la toma de decisiones en políticas a entender estos procesos.

---

## 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 y el Ministro de Salud le ha solicitado que presente opciones para mejorar el alcance de la cobertura del seguro de salud en los niños. Usted desea garantizar que las decisiones sobre cómo abordar este importante problema estén bien informadas. Usted decide encargar a una unidad que respalda el Ministerio de Salud en el uso de la evidencia en la toma de decisiones en políticas que prepare un resumen de políticas (policy brief) que sintetice tanto la mejor evidencia disponible que caracteriza el problema como las opciones para abordarlo.*

---

## ANTECEDENTES

---

Para los responsables de alto rango de la toma de decisiones en políticas y las demás personas involucradas en escenarios tales como el que se presentó anteriormente, este artículo ofrece una base para el entendimiento común de qué es lo que constituye la “evidencia”, el rol de la evidencia en la toma de decisiones en políticas de salud, qué es lo que constituye la “toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia”, y por qué es importante.

El logro de acceso universal y equitativo a la atención de la salud, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, y de otros objetivos de salud, es mucho más probable que se alcance a través de acciones y políticas en salud bien informadas [2-5]. Lamentablemente, la realidad es que las políticas de salud a menudo no están bien informadas por la evidencia de la investigación [5-8]. La toma de decisiones informada de manera insuficiente es una de las razones por las cuales los servicios a veces no alcanzan a quienes más los necesitan, los indicadores de salud están fuera de los carriles esperados y muchos países probablemente no puedan alcanzar los ODM [9]. La toma de decisiones informada de manera insuficiente

también puede contribuir a los problemas relacionados con la efectividad, la eficiencia (es decir, valor por dinero) y la equidad de los sistemas de salud.

El África Subsahariana gasta, en promedio, aproximadamente €80 por persona en la atención de la salud. En comparación, Asia gasta €190, y los países con altos ingresos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) gastan €2700 por persona [10]. Con recursos limitados y una carga considerable en la atención de la salud, es vital que los países con medianos y bajos ingresos asignen sensatamente sus presupuestos para atención de la salud. Los países de altos ingresos también se enfrentan a limitaciones de recursos debido al incremento de los costos de la atención de la salud y las demandas.

El acceso a los servicios de salud a menudo no es equitativo y esto puede verse exacerbado por los sistemas de salud ineficientes [11]. Una vez que los individuos logran acceder, la atención puede estar por debajo del estándar o ser costosa. Las intervenciones efectivas y económicas, como el sulfato de magnesio para la eclampsia y la preeclampsia, en algunos casos, no se utilizan o simplemente no están disponibles [12]. En otros casos aún se utilizan intervenciones innecesariamente costosas o inefectivas (como las episiotomías de rutina y el suministro de líquidos intravenosos en lugar de soluciones de rehidratación oral para la diarrea en niños). El mejor uso de la evidencia de la investigación para seleccionar y promocionar intervenciones, y para decidir sobre arreglos de gobernanza, financieros y de entrega para respaldar el uso de estas intervenciones puede ayudar a reducir estos problemas, tal como se ilustra en los ejemplos de la Tabla 1.

Un enfoque informado por la evidencia permite que los responsables de la toma de decisiones puedan manejar mejor el uso propio de la evidencia de la investigación. También les permite manejar mejor el mal uso de la evidencia de la investigación por parte de los lobbistas, incluidos los investigadores cuando actúan como asesores para posiciones políticas particulares. Los enfoques informados por la evidencia les permiten a los responsables de la toma de decisiones en políticas:

- Formular preguntas clave acerca de la evidencia de la investigación disponible para respaldar las políticas recomendadas
- Demostrar que están usando buena información sobre la cual basar sus decisiones
- Garantizar que las evaluaciones de sus iniciativas son apropiadas y que los resultados que se están midiendo son realistas y acordados con anticipación

Un enfoque a la toma de decisiones en políticas informado por la evidencia también permite que los responsables de la toma de decisiones en políticas reconozcan que las políticas pueden estar informadas por información imperfecta. Este reconocimiento reduce el riesgo político porque pone en marcha maneras de alterar el curso si las políticas no funcionan como se espera. Existe un riesgo político mucho mayor cuando las políticas son recomendadas sin reconocimiento de las limitaciones de la evidencia disponible y cuando las políticas se aplican independientemente de los resultados. Esto

deja a los responsables de la toma de decisiones sujetos a las críticas por fallas relacionadas y no relacionadas con la política en sí.

En esta serie de artículos, nuestro objetivo es mejorar la efectividad, la eficiencia y la equidad de las políticas de salud a través del mejor uso de la evidencia de la investigación para informar decisiones. Nuestro centro está en las decisiones sobre de qué manera organizar mejor los sistemas de salud, incluidos los arreglos de gobernanza, financieros y de entrega de los servicios de salud, y las estrategias para provocar el cambio [2,13]. En esta serie, utilizamos estos tipos de decisiones como ejemplos para ilustrar las maneras en las cuales la toma de decisiones puede estar mejor informada por la evidencia de la investigación. Se pueden utilizar enfoques similares para informar decisiones sobre qué programas, servicios o medicamentos se deben proveer [14].

---

## ¿QUÉ ES LA EVIDENCIA?

---

Las discusiones sobre la práctica basada en la evidencia y la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia pueden generar debate acerca de qué es lo que exactamente constituye la “evidencia”. Una interpretación común es que la “evidencia trata acerca de hechos (reales o afirmados) cuyo objetivo es ser utilizados para respaldar una conclusión” [15]. Un hecho, en cambio, es algo que se conoce a través de la experiencia o la observación. Una implicancia importante de esta interpretación es que la evidencia puede utilizarse para respaldar una conclusión, pero no es lo mismo que una conclusión. La evidencia por sí sola no toma decisiones.

Esta interpretación de qué es la evidencia tiene una serie de implicancias. En primer lugar, la opinión de expertos representa mucho más que simple evidencia. Es la combinación de hechos, la interpretación de esos hechos, y las conclusiones. La evidencia siempre informa las opiniones de expertos. Un uso adecuado de dicha evidencia requiere la identificación de aquellos hechos (experiencias u observaciones) que formen la base de las opiniones, así como también una evaluación del grado hasta el cual los datos respaldan las conclusiones [16].

En segundo lugar, no toda la evidencia es igualmente convincente. Qué tan convincente es la evidencia depende de qué tipos de observaciones fueron realizadas y qué tan bien fueron realizadas. La evidencia de la investigación, en general, es más convincente que las observaciones al azar porque utiliza métodos sistemáticos para recopilar y analizar las observaciones. Igualmente, la investigación bien diseñada y conducida es más convincente que la investigación con diseño y ejecución deficientes.

En tercer lugar, los juicios sobre qué tanta confianza puede depositarse en los diferentes tipos de evidencia (en otras palabras, la “calidad” de la evidencia) se realizan de manera implícita o explícita. Es mejor realizar estos juicios de manera sistemática y

explícita con el fin de prevenir errores, resolver desacuerdos, facilitar la evaluación crítica y comunicar la información. Esto, a su vez, requiere decisiones explícitas sobre los tipos reales de evidencia que deben ser consideradas.

En cuarto lugar, toda la evidencia depende del contexto, dado que todas las observaciones necesariamente dependen del contexto. Por lo tanto, los juicios siempre necesitan ser realizados con relación a la aplicabilidad de la evidencia más allá del contexto o lugar original. Es mejor realizar juicios sobre la aplicabilidad de esta evidencia de manera sistemática y explícita, por las mismas razones que es mejor realizar juicios sobre la calidad de la evidencia de manera sistemática y explícita.

En quinto lugar, la “evidencia global”, es decir, la mejor evidencia disponible de todo el mundo, es el mejor punto de partida para los juicios sobre los impactos de las políticas y los programas. Si bien toda evidencia depende del contexto, las decisiones basadas en un subconjunto de observaciones que se presumen son más directamente relevantes a un contexto específico (como todas aquellas realizadas en un país o grupo de población en particular), pueden ser engañosas [17]. Los juicios sobre si basar una conclusión en un subconjunto de observaciones están mejor informados si se realizan en el contexto de toda la evidencia relevante [18].

Por último, es necesario que la evidencia local (del lugar específico en el cual se tomarán las decisiones y se realizarán las acciones) informe la mayoría de los demás juicios sobre problemas, opciones para abordar problemas, y estrategias de implementación. Esto incluye evidencia de la presencia de factores modificadores en lugares específicos, el grado de necesidad (por ej., la prevalencia de la enfermedad o los factores de riesgo o los problemas con los arreglos de gobernanza, financieros y de entrega), los valores, los costos y la disponibilidad de los recursos.

---

## **¿CUÁL ES EL ROL DE LA EVIDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN EL RESPALDO DE LAS DECISIONES EN POLÍTICAS DE SALUD?**

---

Para tomar decisiones bien informadas acerca de cuestiones como la manera de brindar acceso equitativo y universal a la atención de la salud, los responsables de la toma de decisiones en políticas deben acceder a evidencia sólida. La evidencia es necesaria para definir qué servicios o programas ofrecer o cubrir, de qué manera implementar dichos servicios, los arreglos de gobernanza y financieros, y de qué manera implementar el cambio [2]. Las revisiones sistemáticas pueden ser utilizadas para informar decisiones para preguntas clave dentro de cada uno de estos dominios [4-6]. La Tabla 2 ofrece una explicación y ejemplos de revisiones sistemáticas. La Figura 1 ilustra el rol de la evidencia de revisiones sistemáticas junto con la evidencia local para informar los juicios que deben realizarse sobre las decisiones en políticas de salud.

Las decisiones políticas siempre están influenciadas por otros factores además de la evidencia. Entre ellas se incluyen las limitaciones institucionales, los intereses, las ideas (incluidos los valores) y los factores externos como las recesiones. La evidencia de la investigación no es el único tipo de información que se requiere para informar los juicios necesarios para la toma de decisiones en políticas. Sin embargo, fortalecer el uso de la evidencia de la investigación, y la capacidad de los responsables de la toma de decisiones en políticas para realizar juicios adecuados acerca de su relevancia y calidad, es un desafío clave que promete ayudar a alcanzar logros significativos en salud y un mejor uso de los recursos.

---

## **¿QUÉ ES LA TOMA DE DECISIONES EN POLÍTICAS INFORMADA POR LA EVIDENCIA?**

---

Para que la toma de decisiones en políticas de salud esté bien informada en lugar de estar informada de manera insuficiente, es esencial que se apliquen procesos más sistemáticos y transparentes para acceder y evaluar la evidencia de la investigación. La toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia es un enfoque de las decisiones en políticas cuyo objetivo es garantizar que la toma de decisiones esté bien informada por la mejor evidencia de la investigación disponible. La manera en que puede realizarse puede variar, y dependerá del tipo de decisiones que se tomen y de su contexto. Sin embargo, la toma de decisiones informada por la evidencia se caracteriza por el hecho de que su acceso y evaluación de la evidencia como un aporte al proceso de toma de decisiones es tanto sistemático como transparente. Esto no implica que el proceso general de la toma de decisiones en políticas será sistemático y transparente. Sin embargo, dentro de este proceso, los procesos sistemáticos se utilizan para garantizar que la investigación relevante sea identificada, evaluada y utilizada apropiadamente. Estos procesos son transparentes para garantizar que otros puedan examinar qué evidencia de la investigación fue utilizada para informar decisiones en políticas, así como también los juicios sobre la evidencia y sus implicancias.

En esta serie, describimos las maneras en las cuales la toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia pueden abordar los problemas comunes a la toma de decisiones en políticas a través de procesos más sistemáticos y transparentes para facilitar decisiones bien informadas, definir necesidades de evidencia, buscar y evaluar evidencia e ir de la evidencia a las decisiones (tal como se ilustra en la Figura 2). Las ventajas de los procesos transparentes y sistemáticos, tales como los que describimos en esta serie – en comparación con los procesos que no son sistemáticos ni transparentes – son que pueden ayudar a prevenir errores y sesgos. Esto se ve ilustrado por las revisiones sistemáticas, cuyos ejemplos se muestran en la Tabla 2, que reducen el riesgo de verse confundidas por el azar o por la selección y evaluación de la evidencia sesgadas.

Los diferentes tipos de evidencia son relevantes para diferentes preguntas, y pueden existir diferencias de opinión legítimas sobre qué es lo que constituye “la mejor evidencia disponible” para preguntas en particular [19]. Sin embargo, la toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia tiene como objetivo garantizar que se identifique la evidencia relevante y que se realicen de manera sistemática y transparente los juicios sobre cuestiones como cuál es la evidencia relevante, y la confiabilidad y la aplicabilidad de la evidencia identificada. La toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia tiene como objetivo garantizar que los conflictos de intereses no influyan dichos juicios o cualquier otra investigación nueva que se esté llevando a cabo en respaldo de la toma de decisiones en políticas.

Otra característica esencial de la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia es que los responsables de la toma de decisiones en políticas entiendan los procesos sistemáticos utilizados para garantizar que se identifique la evidencia relevante, y se evalúe y utilice adecuadamente, al igual que los usos potenciales de dichos procesos. Esta serie de artículos tiene como objetivo ayudar a los responsables de la toma de decisiones en políticas a alcanzar dicho entendimiento.

Desde el comienzo de la década de 1990, ha habido un impulso hacia la medicina basada en la evidencia (MBE), que inicialmente se centraba en la toma de decisiones por parte de los médicos [20,21]. Este impulso se ha extendido a otros profesionales de la salud y consumidores, y se conoce como “atención de la salud basada en la evidencia” o “práctica basada en la evidencia” como manera de reflejar su mayor alcance. En el contexto de las áreas de gestión y toma de decisiones en políticas, hacia el cual se ha extendido este enfoque, se refiere como “política basada en la evidencia” [22]. En todos estos casos, el debate se ha centrado en lo que exactamente quiere decir un enfoque basado en la evidencia, y de qué manera este enfoque difiere de las prácticas usuales, así como también los beneficios y riesgos relativos. Tanto la MBE como la toma de decisiones en políticas basada en la evidencia han sido criticadas por asumir que las decisiones políticas o prácticas son determinadas, en gran medida, por la evidencia de la investigación [4,23-25]. Esta crítica es claramente una percepción errónea de lo que se ha recomendado. Ni las decisiones sobre pacientes individuales ni las decisiones sobre políticas están determinadas por la evidencia solamente. También juegan un rol importante los juicios, los valores y otros factores.

Aunque los términos “basada en la evidencia” e “informada por la evidencia” pueden ser utilizados indistintamente, hemos elegido utilizar el término “informada por la evidencia” porque describe mejor el rol de la evidencia en la toma de decisiones en políticas y la aspiración de mejorar el alcance hasta el cual las decisiones están bien informadas por la evidencia de la investigación [4,26].

---

## **QUÉ NO ES LA TOMA DE DECISIONES EN POLÍTICAS INFORMADA POR LA EVIDENCIA?**

---

Como cualquier otra herramienta, aquellas que se utilizan para respaldar el uso de la evidencia para informar la toma de decisiones en políticas pueden ser utilizadas inadecuadamente. Los efectos no deseados que surgen del uso inadecuado de la evidencia pueden incluir los procesos burocráticos ineficientes, la inadecuada suspensión o demora de programas prometedores, el encuadre confuso de problemas, la manipulación de la opinión pública, y la distorsión de la agenda de investigación.

Las maneras en las cuales la evidencia puede ser utilizada inadecuadamente incluyen el uso selectivo de la evidencia, la aplicación sofocante de la evidencia y la creación de una sensación de incertidumbre muy incómoda. La mejor manera de detectar y prevenir el uso inadecuado de la evidencia es utilizar procesos sistemáticos y transparentes, como describiremos en los siguientes artículos de esta serie.

---

## **CONCLUSIÓN**

---

Existe un creciente interés a nivel global en hacer un mejor uso de la evidencia de la investigación en decisiones relacionadas con la salud. Por ejemplo, en 2004, la Organización Mundial de la Salud publicó el *World Report on Knowledge for Better Health*, que incluyó un capítulo dedicado a vincular la investigación con la acción [27]. La Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud que tuvo lugar el mismo año en México DF, publicó una declaración sobre la importancia de la investigación para mejorar la salud y fortalecer los sistemas de salud [28]. Más tarde, en mayo de 2005, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución que reconoce la Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias, que urge a los estados miembros “a que establezcan o refuercen mecanismos para la transferencia de conocimientos en apoyo de sistemas de salud pública y prestación de asistencia sanitaria basados en datos científicos, así como políticas de salud conexas basadas en pruebas científicas” [29]. La necesidad de continuar construyendo el progreso realizado desde la Cumbre Ministerial de México se vio reflejada de manera considerable en la Declaración de Bamako en 2008 publicada por los Ministros de Salud, los Ministros de Ciencia y Tecnología, los Ministros de Educación y otros representantes ministeriales de 53 países [30]. Un primer paso clave hacia el logro de este objetivo es garantizar que los responsables de la toma de decisiones en políticas y los investigadores compartan su entendimiento de qué es la evidencia de la investigación como ayuda para informar decisiones políticas.

---

## RECURSOS

---

### Documentos útiles y lectura complementaria

Videos documentales sobre políticas de salud basadas en la evidencia:

[www.kunnskapssenteret.no/Artikler/2061.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Artikler/2061.cms) – Estos videos documentales son parte de un informe sobre más de 150 organizaciones, en particular de países de medianos y bajos ingresos, que están construyendo puentes entre la evidencia y la política ([www.nchs.no/Publikasjoner/469.cms](http://www.nchs.no/Publikasjoner/469.cms)). Los documentales cuentan las historias de ocho estudios de casos en los seis continentes, en las cuales las personas intentan mejorar los sistemas de salud utilizando evidencia de la investigación para informar la toma de decisiones

Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias, 2004

[www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico\\_Statement-English.pdf](http://www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf)

Asamblea Mundial de la Salud. Resolución sobre investigación en salud, 2005

[www.who.int/rpc/meetings/58th\\_WHA\\_resolution.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf)

El “Llamado a la Acción” de Bamako sobre la investigación en salud, 2008

[www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf](http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf)

Chalmers I. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? *Evidence & Policy* 2005; 1:227-42

[www.ingentaconnect.com/content/tpp/ep/2005/00000001/00000002/art00006](http://www.ingentaconnect.com/content/tpp/ep/2005/00000001/00000002/art00006)

Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence-based medicine. *BMJ* 1999; 319:1618. [www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1618](http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1618)

Macintyre S, Petticrew M. Good intentions and received wisdom are not enough. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54:802-3

<http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/11/802>

Moynihan R. Using health research in policy and practice: Case studies from nine countries. *Milbank Memorial Fund report*, 2004

[www.milbank.org/reports/0409Moynihan/0409Moynihan.html](http://www.milbank.org/reports/0409Moynihan/0409Moynihan.html)

### Enlaces a sitios web

Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet):

[www.who.int/rpc/evipnet/en/](http://www.who.int/rpc/evipnet/en/), <http://evipnet.bvsalud.org/php/index.php> –

EVIPNet es una iniciativa para promover el uso sistemático de la evidencia de la investigación en salud en la toma de decisiones en políticas. Con su atención en los países de medianos y bajos ingresos, EVIPNet promueve asociaciones en el nivel de países entre responsables de la toma de decisiones en políticas, investigadores y la

sociedad civil, con el fin de facilitar tanto el desarrollo como la implementación de políticas a través del uso de la mejor evidencia científica disponible

La Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud:

[www.who.int/alliance-hpsr/en](http://www.who.int/alliance-hpsr/en) – La Alianza IPSS es una colaboración internacional cuya sede central se encuentra en la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tiene como objetivo promover la generación y el uso de la investigación en políticas y sistemas de salud como un medio de mejorar los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo

Canadian Health Services Research Foundation: [www.chsrf.ca/home\\_e.php](http://www.chsrf.ca/home_e.php) –

Esta Fundación promueve y financia la investigación en políticas y gestión en servicios de salud y enfermería con el fin de aumentar la calidad, la relevancia y la utilidad de esta investigación para los administradores y los responsables de la toma de decisiones en políticas para el sistema de salud. Además, la Fundación trabaja con estos responsables de la toma de decisiones del sistema de salud para respaldar y mejorar el uso que estos hacen de la evidencia de la investigación al abordar desafíos en políticas y manejos de salud

UK government's Policy Hub: [www.nationalschool.gov.uk/policyhub/index.asp](http://www.nationalschool.gov.uk/policyhub/index.asp) –

Este sitio tiene como objetivo promover el pensamiento estratégico y mejorar la toma de decisiones en políticas y la implementación desde el gobierno. También se esfuerza en brindar a los usuarios acceso a una variedad de perspectivas sobre cuestiones de políticas

---

## **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.

---

## **AGRADECIMIENTOS**

---

Consulte la Introducción de esta serie para ver los agradecimientos a los financiadores y los colaboradores. Además, queremos agradecerles a Francisco Becerra, Sara Bennett y Yogan Pillay por los comentarios útiles a una versión anterior de este artículo.

---

## REFERENCIAS

---

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.
2. Lavis JN, 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)**.
3. Task Force on Health Systems Research: **Informed choices for attaining the millennium development goals: towards an international cooperative agenda for health systems research.** *Lancet* 2004, **364:997-1003**.
4. Chalmers I: **If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory?** *Evidence & Policy* 2005, **1:227-42**.
5. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **The use of evidence in WHO recommendations.** *Lancet* 2007, **369:1883-9**.
6. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:35-48**.
7. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A: **Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review.** *J Health Serv Res Policy* 2002, **7:239-44**.
8. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, *et al*: **Examining the role of health services research in public policymaking.** *Milbank Quarterly* 2002, **80:125-54**.
9. United Nations: *The Millennium Development Goals Report 2007*.
10. United Nations Development Programme: *Human Development Report 2006*.
11. 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**.
12. Severe E, Lewin S, Marino A, Woelk G, Oxman A, Matinhure S, *et al*: **Can a drug be too cheap? The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and preeclampsia in Mozambique and Zimbabwe: systems and market failures.** *BMJ* 2005, **331:765**.
13. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:1615-21**.
14. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ: *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, Second edn. New York: McGraw Hill; 2008.
15. Lomas J, Culver T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. 2005.
16. Schuneman HJ, Fretheim A, Oxman A: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 9. Grading evidence and recommendations.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:12**.

17. Counsell CE, Clarke MJ, Slattery J, Sandercock PA: **The miracle of DICE therapy for acute stroke: fact or fictional product of subgroup analysis?** *BMJ* 1994, **309**:1677-81.
18. 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.
19. Oxman AD, Fretheim A, Schuneman HJ: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 7. Deciding what evidence to include.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:19.
20. Evidence-Based Medicine Working Group: **Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.** *JAMA* 1992, **268**:2420-5.
21. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt G, for the Evidence-Based Medicine Working Group: **Users' guides to the medical literature, I. how to get started.** *JAMA* 1993, **270**:5.
22. Packwood A: **Evidence-based policy: rhetoric and reality.** *Social Policy and Society* 2002, **1**:267-72.
23. Straus SE, McAlister FA: **Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms.** *CMAJ* 2000, **163**:837-41.
24. Clarence E: **Technocracy reinvented: the new evidence based policy movement.** *Public Policy and Administration* 2002, **17**:1-11.
25. Parsons W: **From muddling through to muddling up – evidence based policy making and the modernisation of British Government.** *Public Policy and Administration* 2002, **17**:43-60.
26. Nutley S: *Bridging the policy/research divide: reflections and lessons from the UK.* St. Andrews, University of St. Andrews. 2003.
27. World Health Organization (WHO): *World report on knowledge for better health.* Geneva, World Health Organisation. 2004.
28. World Health Organization (WHO): *The Mexico statement on health research.* Geneva, World Health Organisation. 2004.
29. World Health Assembly: *Resolution on health research.* 2005.
30. World Health Organization (WHO): *The Bamako call to action on research for health.* Geneva, World Health Organisation. 2008.
31. Duley L, Henderson-Smart D: **Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **4**:CD000127.
32. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ: **Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **2**:CD000025.
33. Langer A, Villar J, Tell K, Kim T, Kennedy S: **Reducing eclampsia-related deaths--a call to action.** *Lancet* 2008, **371**:705-6.
34. Oxman AD, Fretheim A: **Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing.** *Journal of Evidence-Based Medicine* 2009, **2**:70-83.

35. Fox DM, Oxman A: *Informing Judgment: Case Studies of Health Policy and Research in Six Countries*. New York: Milbank Memorial Fund; 2001.
36. Maclure M, Carleton B, Schneeweiss S: **Designed delays versus rigorous pragmatic trials: lower carat gold standards can produce relevant drug evaluations.** *Med Care* 2007, **45**:S44-9.
37. Schneeweiss S, Patrick AR, Sturmer T, Brookhart MA, Avorn J, Maclure M, *et al*: **Increasing levels of restriction in pharmacoepidemiologic database studies of elderly and comparison with randomized trial results.** *Med Care* 2007, **45**:S131-42.
38. Maclure M, Nguyen A, Carney G, Dormuth C, Roelants H, Ho K, *et al*: **Measuring prescribing improvements in pragmatic trials of educational tools for general practitioners.** *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2006, **98**:243-52.
39. Schneeweiss S, Maclure M, Carleton B, Glynn RJ, Avorn J: **Clinical and economic consequences of a reimbursement restriction of nebulised respiratory therapy in adults: direct comparison of randomised and observational evaluations.** *BMJ* 2004, **328**:560.
40. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E: *Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier*. Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
41. Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM: **Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico.** *Lancet* 2006, **368**:1524-34.
42. Frenk J: **Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico.** *Lancet* 2006, **368**:954-61.
43. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N: *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation*. Washington DC, Center for Global Development. 2006.
44. Congress of the United Mexican States. General Law of Social Development: *Title V. Evaluation of the Social Development Policy. [Ley General de Desarrollo Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación 20 de enero de 2004. Título quinto "De la Evaluación de la Política de Desarrollo Social".]* New Law DOF 20-01-2004. Center for Documentation, Information and Analysis. 2004.
45. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Bosch-Capblanch X, Aja G, van Wyk B, Glenton C *et al*: *Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials*. A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva, World Health Organization. 2006.
46. 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.
47. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD: **Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **3**:CD004563.

48. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, *et al*: **Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, **2**:CD003030.

**Figura 1. Ejemplo del rol de la evidencia en la toma de decisiones en políticas de salud**



**Figura 2. De qué manera la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia aborda los problemas comunes de la toma de decisiones en políticas**

<i>Elementos de la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia</i>	<i>Problemas comunes de la toma de decisiones en políticas</i>	<b>La toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia puede abordar estos problemas de manera más sistemática y transparente:</b>
<b>Respaldo de la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia</b>	Escasez de arreglos organizacionales para respaldar el uso de la evidencia de la investigación y de procesos para establecer prioridades para la evidencia de la investigación	Arreglos organizacionales para respaldar el uso de la evidencia de la investigación y procesos para establecer prioridades para respaldar el uso de la evidencia de la investigación
<b>Identificación de necesidades de evidencia de la investigación</b>	Escasez de claridad sobre las necesidades de evidencia de la investigación	Identificación de las necesidades de evidencia de la investigación para definir problemas, encuadrar opciones de políticas y discutir de qué manera se implementará una opción
<b>Búsqueda y evaluación de la evidencia</b>	Uso al azar o sesgado de la evidencia de la investigación para informar las decisiones en políticas de salud	Enfoques para buscar y evaluar evidencia de la investigación
<b>Paso de la evidencia de la investigación a las decisiones</b>	Compromiso inadecuado de las partes interesadas y decisiones que no están bien informadas por la evidencia de la investigación	Enfoques para comprometer e informar a las partes interesadas y usar la evidencia de la investigación para informar decisiones

---

**Tabla 1. Ejemplos del uso de la evidencia de la investigación en la toma de decisiones en políticas**

---

**Sulfato de magnesio para el tratamiento de la eclampsia y la preeclampsia: ejemplo de arreglos inadecuados por parte del sistema de salud para respaldar una intervención económica y efectiva**

Existe evidencia de alta calidad de que el sulfato de magnesio, un fármaco de bajo costo, es efectivo para el tratamiento de la eclampsia y la preeclampsia [31,32]. Sin embargo, el fármaco, como muchos tratamientos efectivos en países de medianos y bajos ingresos, aún no está ampliamente disponible [12,33]. Las fallas en los mecanismos de registro, adquisición y distribución para el sulfato de magnesio han contribuido a la pobre disponibilidad en países tales como Mozambique y Zimbabwe [12]. En otros países existen otros tipos de problemas, como la falta de guías para regular el uso del sulfato de magnesio, la imposibilidad de incluirlo en las listas de fármacos esenciales, la imposibilidad de implementar las guías existentes y las limitaciones en las instalaciones y los trabajadores de la salud autorizados a administrarlo [33]. Si bien la eclampsia y la preeclampsia severa afectan a pocas mujeres en relación con el número de personas afectadas por otros problemas de la atención de la salud, aproximadamente 63.000 mujeres en todo el mundo mueren anualmente debido a estos dos trastornos, que también están asociados con las muertes neonatales.

**Pago por desempeño (Paying for performance, P4P): ejemplo del uso generalizado de un arreglo del sistema de salud con efectos inciertos y evaluación inadecuada del impacto**

El Pago por desempeño (Paying for performance, P4P) se refiere a la transferencia de dinero o bienes materiales supeditados a las personas que toman una acción mensurable o alcanzando un objetivo de desempeño predeterminado. El P4P es ampliamente recomendado y utilizado con el objetivo de mejorar la calidad y la utilización de la atención de la salud, y de alcanzar otros objetivos de salud, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Un resumen de los efectos de cualquier tipo de P4P en el sector de la salud dirigido a los pacientes, prestadores, organizadores y gobiernos halló 12 revisiones sistemáticas [34]. Los resultados indicaron que los incentivos financieros dirigidos a los receptores de la atención de la salud y a los profesionales de la atención de la salud individuales parecen ser efectivos a corto plazo para objetivos conductuales bien definidos, distintos y simples. Sin embargo, existe evidencia limitada acerca de que los incentivos financieros puedan sostener los cambios a largo plazo. También existe evidencia limitada de los efectos del P4P dirigido a las organizaciones, o de los efectos del P4P en los países de medianos y bajos ingresos. Allí, los esquemas de P4P han incluido generalmente componentes auxiliares, como por ejemplo, incremento de recursos, capacitación y respaldo técnico. Las evaluaciones de estos esquemas han evaluado raramente los efectos de la condicionalidad per se. Casi no existe evidencia de la relación costo-beneficio del P4P. Además, el P4P puede tener

efectos indeseados, entre los que se incluyen motivar conductas no planeadas, distorsiones (ignorar tareas importantes que no son recompensadas con incentivos), juegos (mejorar o burlar informes en lugar de mejorar el desempeño), escoger a gusto (seleccionar o evitar pacientes en función de qué tan fácil es alcanzar los objetivos de desempeño), el aumento de la brecha entre los ricos y los pobres, y la mayor dependencia de los incentivos financieros.

### **Precio de referencia en British Columbia: ejemplo de un enfoque informado por la evidencia hacia políticas de medicamentos más eficientes**

Desde 1995, la provincia de British Columbia (BC) de Canadá tiene en marcha un Programa de Fármacos de Referencia, (Reference Drug Program, RDP) y varias políticas relacionadas han atraído tanto la admiración como la crítica como estrategias para la contención de los costos [35]. Las políticas fueron introducidas por Pharmacare, el programa del seguro de fármacos financiado con fondos públicos y administrado por el Ministerio de Salud provincial. Pharmacare ha luchado durante años con el crecimiento de dos dígitos de los costos anuales de los fármacos, y el objetivo del RDP fue proporcionar una cobertura de seguro similar para fármacos similares sin aumentar otros costos del servicio de salud o incurrir en eventos de salud adversos. El RDP fue desafiado por la industria farmacéutica, la cual argumentó que era riesgoso para los pacientes. Pero el RDP fue defendido por el Ministerio de Salud por estar basado en la evidencia. El grado hasta el cual el RDP ha logrado su objetivo fue evaluado por investigadores independientes, y esto proporcionó la base para que el Ministerio de Salud defendiera y mantuviera el programa. Los investigadores debieron adaptarse al contexto de los responsables de la toma de decisiones en políticas, que incluyó definiciones conflictivas de necesidad médica y un ciclo político que se aceleraba y desaceleraba rápidamente [36-39]. La participación sostenida de los investigadores en un comité asesor sobre implementación de políticas construyó un respeto y un entendimiento mutuos entre los investigadores y los responsables de la toma de decisiones en políticas, y la implementación sin inconvenientes de un estudio aleatorizado sobre políticas. Sin embargo, las relaciones colaborativas personales que se establecieron entre los responsables de la toma de decisiones en políticas y los investigadores no fue fácilmente transferible al nuevo personal que no compartió la historia.

### **Seguro Popular en México: ejemplo de un enfoque informado por la evidencia para extender la cobertura del seguro de salud y evaluar sus impactos**

En 2004, el gobierno nacional de México introdujo un nuevo sistema de seguro de salud denominado Seguro Popular, o el esquema de Seguro de Salud Popular, con el objetivo de extender la cobertura a aproximadamente 50 millones de mexicanos que no estaban cubiertos por los programas existentes [40-42]. El esquema se introdujo progresivamente en todo México, iniciando primero con las comunidades más pobres, y ofreció un paquete definido de servicios de salud. Según las declaraciones de Julio

Frenk, el Secretario de Salud de México en ese momento: “Este es un caso casi de libro, de cómo la evidencia realmente en primer lugar cambió las percepciones del público, después informó el debate y luego se tradujo a la legislación [40]”. Una de las piezas clave de la evidencia inicial que inició el debate generalizado acerca de la necesidad de la reforma fue el hallazgo de que el viejo sistema de salud de México, contrario a la creencia popular, era financiado en gran parte y regresivamente a través de las contribuciones de bolsillo privadas. Habiendo informado el debate y el desarrollo del esquema, la evidencia también jugó un rol importante en la evaluación. Tomando ventaja del cronograma de introducción progresiva, el gobierno estableció un estudio controlado que comparó los resultados para aquellas comunidades que recibían el esquema y aquellas que aún lo estaban esperando. En México, la evidencia que surge de la investigación evaluativa, como el estudio controlado del Seguro Popular, se ve como clave para la democracia revigorizada de la nación. En 2004, reconociendo su obligación ética y política de evaluar el impacto de las decisiones políticas, el gobierno de México aprobó una legislación que requería que las evaluaciones de impacto fueran realizadas por una variedad de programas públicos, reconociendo explícitamente el valor de conocer lo que funciona, y por qué funciona, como guía para las futuras decisiones presupuestarias [43,44].

---

## **Tabla 2. Explicación y ejemplos de revisiones sistemáticas**

---

Las revisiones sistemáticas son resúmenes de evidencia de la investigación que abordan una pregunta claramente formulada a través de métodos explícitos y sistemáticos para identificar, seleccionar, y evaluar críticamente la investigación relevante, y recolectar y analizar los datos de los estudios incluidos en la revisión. Los métodos estadísticos (metanálisis) pueden o no ser utilizados para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos. Los resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas sobre arreglos del sistema de salud pueden encontrarse en las páginas web de SUPPORT ([www.support-collaboration.org](http://www.support-collaboration.org)), e incluyen los siguientes ejemplos:

### **Los trabajadores sanitarios legos en atención primaria para salud materno-infantil: ejemplo de un arreglo de implementación [45]**

Los trabajadores sanitarios legos no cuentan con una educación profesional formal, pero en general reciben capacitación relacionada con el trabajo. Pueden estar involucrados en la atención paga o voluntaria. Ellos desempeñan diversas funciones relacionadas con la implementación de la atención de la salud y una variedad de términos se utilizan para describirlos, entre los que se incluyen trabajadores de la salud, voluntarios de la comunidad y asesores de pares, entre otros. Una búsqueda sistemática de estudios aleatorizados de trabajadores sanitarios legos hasta agosto de 2006 halló 48 estudios clínicos relevantes a la salud materno infantil y enfermedades con alta carga. Hubo una variación en el reclutamiento y los métodos de entrenamiento, receptores dirigidos, lugares y los resultados que fueron medidos. Entre los hallazgos clave se encuentran:

- El uso de los trabajadores sanitarios legos en programas de salud materno infantil muestra beneficios prometedores en comparación con la atención usual o ninguna intervención en:
  - Aumento del entendimiento acerca de la inmunización en niños
  - Promoción de la lactancia
  - Reducción de la mortalidad en niños menores de cinco años y
  - Reducción de la morbilidad de enfermedades comunes de la salud
- Se dispone de poca evidencia en relación con la efectividad de la sustitución de los profesionales de la salud con trabajadores sanitarios legos o la efectividad de estrategias alternativas de respaldo y mantenimiento de los mismos.

### **Pagos directos de medicamentos por parte de los pacientes: ejemplo de un arreglo financiero [46]**

Las políticas en las cuales los consumidores pagan directamente por sus medicamentos cuando compran una prescripción incluyen *cápitais* (la cantidad máxima de prescripciones o medicamentos reembolsados), *copagos fijos* (las personas pagan un monto fijo por prescripción o medicamento) co-pagos según nivel (las personas pagan un monto fijo por prescripción o medicamento, cuyo costo puede depender de, por ejemplo, si la prescripción es para un medicamento con marca (patentado) o un

genérico, *coseguros* (las personas pagan un porcentaje del precio del medicamento) y *topes* (por ejemplo, las personas pagan la parte del precio del medicamento o todo su valor a un precio establecido por un máximo por año y, por lo tanto, poco o nada de dinero). Una búsqueda sistemática de estudios que evaluaron los impactos de estas políticas halló 21 estudios que informaron 30 intervenciones muy variadas. Entre los hallazgos clave se encuentran:

- Las políticas de cápitras, coseguros con tope y copagos pueden reducir el consumo de medicamentos y ahorrar costos para las políticas de medicamentos o planes de salud
- Se hallaron reducciones en el consumo de medicamentos para mantenimiento de la vida y medicamentos que son importantes en el tratamiento de condiciones crónicas, así como también para otros medicamentos
- Si bien se disponía de datos insuficientes sobre los resultados de la salud, la gran reducción en el consumo de medicamentos que son importantes para la salud de las personas puede tener efectos adversos. Esto podría llevar al incremento del uso de servicios de atención de la salud y, por lo tanto, aumentos en el gasto general
- Las políticas en las cuales las personas pagan directamente por sus medicamentos tienen menos probabilidad de causar daños sólo si los medicamentos no esenciales son los incluidos en estas políticas, o si las excepciones están construidas en políticas que garantizan que las personas reciban la atención médica necesaria

### **Participación del consumidor: ejemplo de un arreglo de gobernanza [47]**

La importancia de la participación del consumidor en la atención de la salud es ampliamente reconocida, pero una revisión sistemática halló que existe evidencia extremadamente escasa acerca de cómo mejorar esto para la toma de decisiones en políticas de salud. Los consumidores pueden estar involucrados en el desarrollo de políticas de atención de la salud a través de consultas para obtener sus puntos de vista o a través de procesos colaborativos. Las consultas pueden ser simples eventos o eventos repetidos, a pequeña o gran escala. Pueden involucrar a individuos o grupos de consumidores con el fin de permitir el debate. Los grupos pueden ser convenidos especialmente para la consulta o pueden ser organizaciones de consumidores establecidas. Pueden estar organizadas en diferentes foros y a través de diferentes medios. Una búsqueda sistemática hasta mayo de 2006 para estudios que compararan los efectos de los diferentes métodos de involucrar consumidores halló solo un estudio pequeño de métodos diseñados para involucrar a los consumidores en la toma de decisiones en políticas de salud. Este estudio proporcionó evidencia de calidad muy baja de que las discusiones telefónicas y las reuniones grupales cara a cara comprometían a los consumidores mejor que las encuestas enviadas por correo para establecer prioridades para los objetivos de salud de la comunidad y dio como resultado que se establecieran diferentes prioridades.

## **Reuniones de educación continua: ejemplo de una estrategia para provocar cambio [48]**

Las reuniones educativas (disertaciones, talleres y cursos) son uno de los tipos más comunes de educación continua para los profesionales de la salud. Las reuniones pueden ser altamente variables en términos de contenido, número de participantes, el nivel y el tipo de interacción, así como también la duración y la frecuencia. Una búsqueda sistemática de estudios clínicos aleatorizados de auditoría y devolución (*feedback*) hasta marzo de 2006 halló 81 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión de la revisión. En la mayoría de los estudios clínicos los participantes eran médicos. Las intervenciones variaron con respecto a su contenido y formato, y hubo una amplia variación en las medidas de resultado. Entre los hallazgos clave se encuentran:

- Las reuniones educativas pueden mejorar la práctica profesional y los resultados de la atención de la salud para los pacientes
- El efecto promedio es pequeño a moderado y comparable con el efecto de otras actividades de educación continua tales como auditoría y devolución (*feedback*) y visitas de alcance educativas
- Existen grandes variaciones en los efectos hallados en los diferentes estudios y ninguna conclusión firme puede extraerse acerca de cuál es la forma más efectiva.
- El efecto parece ser mayor con las reuniones educativas que incluyen componentes didácticos e interactivos