

# **MANUAL METODOLÓGICO sobre Síntesis Rápidas de Evidencia para Informar Políticas de Salud**

Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia  
Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud basada en la Evidencia  
División de Planificación Sanitaria / Subsecretaría de Salud Pública

**SEPTIEMBRE 2017**

**ISBN: N° 978-956-348-136-5**

Este Manual fue preparado por Cristián Mansilla, Cristian A. Herrera y Tomás Pantoja. CM es jefe de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia del Ministerio de Salud de Chile, CAH es jefe de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de Chile, y TP es jefe del Departamento de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Especiales agradecimientos a todos los que han contribuido a revisar y entregar comentarios sobre este manuscrito. De manera especial, nos gustaría reconocer al Dr Ludovic Reveiz de la Organización Panamericana de la Salud, por su exhaustiva revisión y aportes al documento.

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| LISTADO DE ACRÓNIMOS   | 4         |
| <b>PRESENTACIÓN</b>  | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | <b>6</b>  |
| SÍNTESIS RÁPIDAS DE EVIDENCIA                                    | 7         |
| <b>METODOLOGÍA</b>   | <b>8</b>  |
| <b>MÉTODOS PARA ELABORAR SÍNTESIS RÁPIDAS DE EVIDENCIA</b>       | <b>8</b>  |
| ETAPA 1. FORMULACIÓN Y CLARIFICACIÓN DE LA PREGUNTA              | 10        |
| DEFINICIÓN DE LA PREGUNTA  | 10        |
| ETAPA 2. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA                                   | 12        |
| ETAPA 3. SELECCIÓN DE EVIDENCIA                                  | 15        |
| RE-FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA Y SELECCIÓN POR CONTENIDO          | 15        |
| REDUCCIÓN DE LITERATURA DISPONIBLE                               | 16        |
| MATRIZ DE EVIDENCIA  | 18        |
| ETAPA 4: EXTRACCIÓN Y UTILIZACIÓN DE DATOS                       | 19        |
| ETAPA 5: EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DE LOS DESENLACES INCORPORADOS | 20        |
| ETAPA 6: PREPARACIÓN DEL INFORME                                 | 21        |
| TÍTULO   | 21        |
| MENSAJES CLAVE   | 21        |
| RESUMEN DE HALLAZGOS   | 22        |
| CONSIDERACIONES DE IMPLEMENTACIÓN                                | 25        |
| INFORMACIÓN ADICIONAL  | 25        |
| ETAPA 7: REVISIÓN POR PARES                                      | 26        |
| <b>NOTAS FINALES</b>   | <b>27</b> |
| <b>REFERENCIAS</b>   | <b>29</b> |
| <b>ANEXOS</b>  | <b>33</b> |
| ANEXO 1.   | 33        |
| ANEXO 2.   | 39        |
| ANEXO 3.   | 40        |
| ANEXO 4.   | 42        |
| ANEXO 5.   | 45        |



## LISTADO DE ACRÓNIMOS

AHRQ: Agencia para Investigación y Calidad en Salud

EPOC: Effective Practice and Organisation of Care

ETESA: Evaluación de Tecnologías Sanitarias

EVIPNet: Evidence Informed Policy Network

OMS: Organización Mundial de la Salud

PTdC: Plataforma de Transferencia del Conocimiento

PSIE: Políticas de Salud Informadas por Evidencia

RS: Revisiones Sistemáticas

SRE: Síntesis Rápida de Evidencia

SoF: Summary of Findings

TdC: Transferencia del Conocimiento



## PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado la importancia de establecer y fortalecer los mecanismos de transferencia del conocimiento de la evidencia científica, como insumo clave en la formulación e implementación de las políticas públicas en general, y para apoyar el desarrollo de la salud pública, las políticas y los sistemas de salud en particular.

Los esfuerzos por fortalecer la generación y disponibilidad de evidencia científica han ido creciendo progresivamente a nivel global y Chile no ha sido la excepción. El Ministerio de Salud ha definido que la toma de decisiones en políticas públicas de salud debe considerar el uso de evidencia científica como un pilar fundamental.

Un buen ejemplo es el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), el que desde sus inicios en 2005 fue diseñado con la visión de generar y utilizar la mejor información científica disponible para definir tanto las condiciones de salud a cubrir como las intervenciones sanitarias a entregar a la población. Periódicamente se efectúan estudios epidemiológicos (por ej., carga de enfermedad, encuestas poblacionales), análisis financieros (por ej., verificación de costos de las nuevas intervenciones), de efectividad y costo-efectividad, y de preferencias sociales para tomar las decisiones que guían la evolución de estas garantías.

Más recientemente, el establecimiento de un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (más conocido como Ley Ricarte Soto) tiene como elemento imprescindible el uso de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) para definir las recomendaciones de coberturas. También contamos con políticas de salud pública en los ámbitos del tabaco, consumo nocivo de alcohol, nutrición y control de la obesidad, entre otros, que se basan fuertemente en lo que la evidencia científica plantea como las más efectivas para alcanzar los objetivos sanitarios, sociales y económicos.

A nivel organizacional, el año 2014 comenzamos a trabajar la implementación de una unidad especializada en promover el uso sistemático de la evidencia científica en la formulación de políticas de salud dentro del Ministerio de Salud, pasando a crear el Departamento de ETESA dependiente de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) en 2015. Así mismo, tomando el modelo de la iniciativa llamada "Redes de Políticas Informadas por Evidencia" de OMS ('Evidence Informed Policy Network', EVIPNet, por su sigla en inglés), buscamos incorporar este mecanismo innovador al esfuerzo de institucionalización. Durante 2017, concretamos la fusión de los Departamentos de ETESA y de Salud Basada en Evidencia, el que a través de su Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia ha generado el presente Manual Metodológico que ponemos a disposición del público. Esperamos que éste sea de utilidad para el desarrollo de este campo a nivel nacional, regional y global, y contribuya a que las políticas de salud puedan contar con evidencia de alta rigurosidad técnica de manera oportuna y adecuada a nuestros tiempos.

Jaime Burrows Oyarzún  
Subsecretario de Salud Pública  
Ministerio de Salud de Chile



## INTRODUCCIÓN

Los tomadores de decisión en políticas de salud utilizan distintos elementos para abordar un amplio rango de preguntas acerca de la relevancia de un tema de política pública, el impacto de algunas intervenciones, y de cómo organizar e implementar los servicios sanitarios a la población. Uno de los elementos que contribuye a tomar mejores decisiones en políticas de salud es la evidencia científica proveniente de la investigación (1).

A pesar de la importancia otorgada a este tema, se ha visto que la evidencia no siempre se ha utilizado sistemáticamente en todos los ámbitos donde podría ocuparse para realizar recomendaciones en salud (2,3). Más aún, se observa una brecha entre la disponibilidad de evidencia y su uso en los distintos niveles del sistema de salud, incluyendo la formulación de políticas (4).

En este contexto, las Políticas de Salud Informadas por Evidencia (PSIE) surgen como un enfoque que pretende asegurar que la toma de decisiones sea informada por la mejor evidencia científica disponible, utilizándola de una manera sistemática y transparente (5).

Una posible estrategia para promover el uso de evidencia en políticas de salud puede estar focalizada en uno o más de los siguientes elementos: el clima para el uso de la evidencia en políticas sanitarias (6), el “empuje” de la evidencia para ser considerada en las políticas, el requerimiento de evidencia desde la autoridad, los mecanismos para facilitar la incorporación de evidencia, y la Transferencia del Conocimiento (TdC), e intercambio entre distintos actores (7).

La TdC se entiende como el proceso de sintetizar, diseminar, intercambiar y aplicar el conocimiento local y global con distintos actores, con el fin de mejorar la salud de la población, otorgar servicios y productos de salud más efectivos y fortalecer el sistema de salud (8,9). Pese a que el concepto de TdC ha tenido múltiples interpretaciones en distintos ámbitos (10), generalmente éste se lleva a cabo dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores, académicos, tomadores de decisión y sociedad civil. Estas interacciones pueden variar en intensidad, complejidad y nivel de compromiso, dependiendo de la naturaleza de los resultados de la investigación y las necesidades de las audiencias específicas.

Un marco conceptual aceptado para la TdC propone cuatro modelos para vincular la investigación a la elaboración y/o implementación de las políticas de salud. Esfuerzos de empuje “push efforts”, donde los investigadores llevan la investigación al tomador de decisión; esfuerzos de tiraje “pull efforts”, donde los tomadores de decisión solicitan evidencia a los investigadores; esfuerzos de intercambio “exchange efforts”, donde se desarrollan asociaciones entre investigadores y tomadores de decisión; y esfuerzos integrados “integrated efforts”, que involucra los 3 modelos anteriores en conjunto (11).

Dentro de las posibles alternativas y modelos para acercar la evidencia a la toma de decisiones, las Plataformas de Transferencia del Conocimiento (PTdC) son uno de los esfuerzos integrados que permitirían abordar esta brecha. Estas son alianzas integradas entre políticos, investigadores, académicos, organizaciones de la sociedad civil y otros actores relevantes, con el propósito de informar con evidencia la toma de decisiones a nivel local. Estas plataformas integran los distintos tipos de esfuerzos dentro de una misma estructura y los coordinan de acuerdo a las necesidades locales (11-14), relevando la importancia de la evidencia científica en el contexto de las políticas de salud (15).

Las PTdC han desarrollado múltiples actividades y productos para informar la toma de decisiones en políticas de salud. Dentro de ellos, podemos mencionar los resúmenes de evidencia para políticas (16), los talleres de formación de capacidad, los diálogos de política (17-19), los resúmenes rápidos de evidencia, los sitios web dedicados “one-stop shopping” (20,21), entre otras.

El principal producto de muchas PTdC (tales como la Evidence Informed Policy Network EVIPNet (14,22,23)) han sido los resúmenes de evidencia, los cuales sintetizan la investigación disponible para informar la toma de decisiones en políticas de salud. Existe una amplia variedad de tipos de síntesis de evidencia que una PdTC puede generar. Las Revisiones Sistemáticas (RS) son los resúmenes de evidencia que han tenido un mayor desarrollo en las últimas dos décadas. Éstas son resúmenes de la investigación que abordan una pregunta usando métodos explícitos y sistemáticos para identificar, seleccionar y evaluar la evidencia relevante, de manera de recoger y analizar los datos provenientes de los estudios incluidos (5).

Pese a la reconocida importancia de las RS para las PSIE y para la toma de decisiones (1), el tiempo y la urgencia de los requerimientos por parte de tomadores de decisión es frecuentemente una restricción para acercar la evidencia a la formulación de políticas (4,24). De esta forma, surge la necesidad de utilizar un enfoque que reduzca el tiempo necesario para obtener una revisión de la literatura.

Aunque las revisiones rápidas “rapid reviews” - revisiones que utilizan métodos similares a las RS para la identificación de estudios primarios, pero en un marco de tiempo más reducido - son una alternativa con creciente interés en la literatura científica (25-29), este manual se enfoca en la elaboración de Síntesis Rápidas de Evidencia (SRE), las cuales son revisiones de la evidencia disponible que utilizan RS ya disponibles las cuales son revisiones de la evidencia disponible que utilizan RS ya disponibles, y así reducen sustancialmente y así reducen sustancialmente el tiempo de producción.

## Síntesis Rápidas de Evidencia

Este tipo de síntesis procura mejorar el acceso a la evidencia para tomadores de decisiones, reduciendo significativamente el tiempo necesario para resumir la investigación existente. Dado que no existe un método único para realizar SRE, existen numerosos grupos y modelos de síntesis de evidencia elaboradas a lo largo del mundo. De esta forma, la metodología es diversa y con múltiples matices, para lo que se hace necesaria la publicación de métodos que permitan guiar y estandarizar las formas de generar SRE (25,26,28,30).

En este contexto, el Ministerio de Salud ha considerado pertinente la publicación de los métodos que la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (EVIPNet Chile) ha utilizado para producir SRE, las que han apoyado a responder numerosas preguntas. Estas síntesis rápidas han servido como insumo importante para la toma de decisiones.

En este manual, se entenderá como SRE a una respuesta oportuna a una pregunta de política pública de salud formulada por un tomador de decisiones, en un formato predefinido, basado en la búsqueda y análisis de RS de manera sistemática y transparente.

Si bien se reconoce la existencia de distintos tipos de problemas o preguntas a ser abordados para el contexto de las políticas de salud (1), las SRE aquí descritas responden preguntas relacionadas al efecto (efectividad o impacto) de intervenciones. Es decir, lo descrito en este manual no aplicaría directamente a preguntas relacionadas al por qué o al cómo de una intervención, lo que podría abordarse con otro tipo de herramientas, tales como evaluaciones económicas (31), y/o revisiones de alcance “scoping reviews” (32,33).



## METODOLOGÍA

Para la elaboración de este manual, se llevaron a cabo múltiples reuniones con el equipo de la Unidad de Políticas Informadas por Evidencia del Ministerio de Salud de Chile (EVIPNet Chile), de manera de recopilar y describir la experiencia sobre la preparación de SRE utilizadas por los distintos tomadores de decisión en este nivel.

Luego, esta recopilación de métodos fue complementada con lo revisado en la literatura, respecto a otros métodos para producir síntesis de evidencia en un menor tiempo del necesario para generar una RS (principalmente de “rapid reviews”).

Por último, el producto generado se validó con expertos locales e internacionales, para recopilar su opinión en cuanto a los métodos utilizados, y su utilidad para ser aplicados en otros contextos distintos al de Chile.

Aparte de las múltiples conversaciones con el equipo que preparó este manual, su elaboración se complementó con otros manuales tales como las descritas en el Manual para la elaboración de directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (34), o los métodos propuestos por Haby, et al 2016 (35) y la Agencia para Investigación y Calidad en Salud (AHRQ) (28).

## MÉTODOS PARA ELABORAR SÍNTESIS RÁPIDAS DE EVIDENCIA

Las SRE se enmarcan en un proceso donde frecuentemente los tomadores de decisión tienen una pregunta que es posible de responder con evidencia. De esta forma, la solicitud es la que inicia el proceso que se ilustra en la Figura 1, la cual se responde con una síntesis de evidencia, la cual se responde con una síntesis de evidencia, que es comunicada a los mismos solicitantes, en conjunto con la sociedad civil.

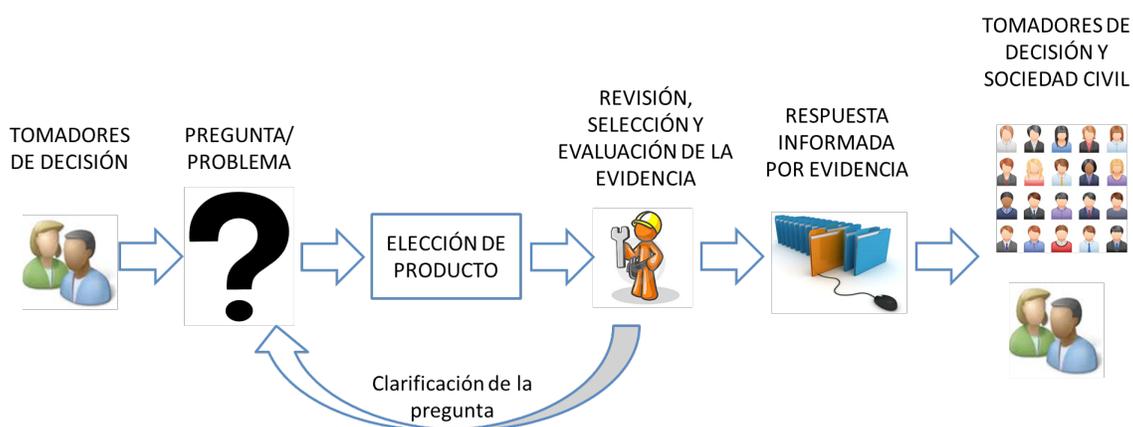


Figura 1. Proceso para la elaboración de una síntesis rápida de evidencia.

Se debe considerar que la principal audiencia para una SRE son los tomadores de decisión en políticas públicas de salud, además de la sociedad civil relacionada a un área en particular. De esta forma, este tipo de síntesis no se deben confundir con un artículo académico. El lenguaje utilizado y la extensión de la síntesis serán sustancialmente menores.

Por otro lado, estas SRE pueden también ser utilizadas como una herramienta para involucrar a la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones en políticas de salud, al compartirlas con todos los actores disponibles, o al realizar diálogos de políticas (18) utilizando estas síntesis.

Este manual describe paso a paso los procedimientos para realizar una SRE en el contexto de las PSIE. Lo que aquí se presenta es fundamentalmente lo utilizado en la Unidad de Políticas Informadas por Evidencia del Ministerio de Salud de Chile. Sin embargo, los métodos aquí expuestos podrían ser aplicables a otros contextos donde se desee utilizar evidencia científica en las decisiones de políticas de salud.

Adicionalmente, el Cuadro 1 propone un método para gestionar solicitudes o requerimientos de las distintas áreas al solicitar una SRE. Si bien se reconoce la existencia de múltiples criterios posibles para priorizar solicitudes, la experiencia del Ministerio de Salud se ha evaluado fundamentalmente utilizando el procedimiento descrito en dicho Cuadro.

En el Anexo 1 a este manual se encuentra una planilla de apoyo la cual es utilizada para guiar paso a paso la realización de las SRE.

#### **Cuadro 1.**

##### **Gestión y priorización de solicitudes**

De acuerdo a la capacidad que la PdTC tenga, se debe encontrar alguna forma de priorizar y gestionar las solicitudes recibidas. De esta forma, se conforma una lista de requerimientos por ingresar, los cuales son **priorizados por orden de llegada**, con la excepción de las siguientes situaciones:

1. **Autoridad:** Si el 2do solicitante posee una autoridad mayor que el primer solicitante, se informa al 1er solicitante que su síntesis se aplazará. (Por ej, se le informa a un Jefe de División que un Subsecretario solicitó otra síntesis y, por lo tanto, su SRE se aplazará).
2. **Acuerdo:** Si el 2do solicitante posee una autoridad igual o menor que el 1er solicitante, se informa al 2do solicitante de la existencia de la primera solicitud, y se incita a que acuerden una prioridad.
3. **Derivación:** En el caso de que no se pueda acordar por plazo, se informa a la jefatura común que posean ambos solicitantes, de manera que ésta pueda decidir la priorización.

En el caso de haber más de 1 solicitante, se aplica esta regla considerando la persona de mayor autoridad.



## Etapa 1. Formulación y clarificación de la pregunta

Este proceso consiste en definir la pregunta que se desea abordar a través de una SRE. Se sugiere organizar una reunión con el solicitante de la síntesis, de manera de clarificar cómo la evidencia podría aportar al problema.

Es importante mencionar que esta etapa es aplicable a otras síntesis de evidencia que no necesariamente sean SRE. Por ejemplo, resúmenes de evidencia para políticas o RS, también requerirían de una etapa de definición de la pregunta formulada.

Se sugiere utilizar algún documento que permita formalizar la pregunta que se intentará abordar a partir de la SRE. Este documento debiera describir los detalles sobre el solicitante, el plazo para entregar la síntesis, la pregunta y algún breve contexto que permita situar el problema (Anexo 1).

En términos generales, en esta etapa frecuentemente se obtiene la siguiente información:

1. Contexto y justificación del problema. Conocer qué tipo de problema se está abordando, y la historia por la cual llegó a ser un tema de política pública. En lo posible, algunos indicadores o evidencia que muestre la relevancia y la magnitud del problema (36).
2. Justificación de una SRE. Conocer la necesidad específica de la pregunta y evaluar la urgencia y prioridad de ésta. No todas las preguntas requerirán una SRE. Algunas de ellas podrían ser abordadas con RS, resúmenes de evidencia para políticas, u otro tipo de síntesis de evidencia.
3. Experiencias o investigaciones nacionales/internacionales de la intervención mencionada, que permitan enmarcar el contexto de la pregunta.
4. Contactos de actores clave en el área (por ej., academia, sociedad civil).
5. Palabras clave para realizar búsqueda. Es de especial interés conocer la traducción de algunas palabras clave al inglés (por ej, arco en C es "c-arm", ecografía es "ultrasound", etc.).

Se sugiere facilitar el contacto rápido con el solicitante durante la realización de la síntesis. Para esto, es importante contar con una línea de teléfono directa u otro método, que permita consultar rápidamente durante la producción de la síntesis, de forma tal de no demorar la clarificación de preguntas sencillas durante el proceso.

### Definición de la Pregunta

La parte más importante de esta etapa es la definición de la pregunta que se quiere responder con evidencia. Se sugiere utilizar el esquema recomendado por la Colaboración Cochrane para definición de preguntas (37), la cual contiene los siguientes elementos:

1. **Población** afectada por la intervención.
2. **Intervención/exposición**<sup>1</sup> de la que se desea evaluar su efecto.
3. **Escenario utilizado como comparador.**
4. **Posibles desenlace(s)** o indicadores en los que impactaría y en los que no impactaría, o no interesa evaluar el impacto.

<sup>1</sup> La intervención podría ser también la exposición a un escenario particular. Por ej, exposición a campos electromagnéticos por cables de alta tensión.

En términos del contexto de las SRE, es crucial contar con los primeros 3 puntos (Población, Intervención, Comparador) para poder realizar una buena búsqueda. Es posible continuar a la etapa siguiente sin necesidad de clarificar los desenlaces en los cuales impactaría la intervención estudiada, dado que éstos serán priorizados más adelante.

De forma adicional, se sugiere definir el ámbito de la pregunta formulada. Este manual utilizará 3 tipos de categorías: Salud Pública, Sistemas de Salud y Clínico. Las preguntas de salud pública se refieren a intervenciones ligadas al ámbito poblacional, por ejemplo, políticas para el control del consumo de tabaco (impuestos, publicidad, etc.), o para fomentar el consumo de alimentos saludables (etiquetado de alimentos, lugares de venta, etc.). Las preguntas sobre sistemas de salud se enmarcan en las intervenciones relacionadas al sistema que entrega los diversos servicios de salud a la población, incluyendo los ámbitos de gobernanza, financiamiento, prestación e implementación. Por último, las preguntas clínicas apuntan a intervenciones en el contexto de la práctica sanitaria misma, es decir, en la relación más directa entre un profesional de la salud y un paciente (por ejemplo efectividad de medicamentos, costo-efectividad de dispositivos, etc).

La experiencia de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia en Chile se ha centrado específicamente en los 2 primeros tipos de preguntas, privilegiando el uso de las SRE para políticas de salud. De esta forma, este manual se refiere al uso de revisiones rápidas para preguntas de salud pública y sistemas de salud.

En el caso de preguntas de sistemas de salud, y por la complejidad de este ámbito, se recomienda clasificar la pregunta en una taxonomía. Para esto, se sugiere utilizar algún modelo como el propuesto por Lavis et al, 2015 (20), en el que se propone la clasificación de los programas/políticas/intervenciones en mecanismos de financiamiento, gobernanza, entrega de servicios de salud y estrategias de implementación. Otro modelo para clasificar este tipo de intervenciones es el propuesto por el grupo Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) de la Colaboración Cochrane para Sistemas de Salud (38).

Como parte de esta etapa, se sugiere apoyar la definición de la pregunta consultando a expertos temáticos, para introducirse de mejor forma en esta área. Así, se sugiere encontrar expertos que permitan obtener información adicional, tales como:

1. Acotar lo más posible la pregunta (por ej, el experto puede señalar que la intervención X no tiene sentido estudiarla en población adulta).
2. Experiencias o investigaciones nacionales/internacionales de la intervención mencionada.
3. Palabras clave para realizar la búsqueda (de especial interés es conocer sinónimos y traducciones que podrían resultar relevantes para realizar una búsqueda exhaustiva).
4. Bases de datos con información para contextualizar el problema.
5. Revistas científicas que sean relevantes para el tema.

Es importante que a lo menos, **toda SRE incorpore la consulta con el experto interno de la institución solicitante** (por ej., el departamento a cargo de la política que se está evaluando).



## Etapa 2. Búsqueda de Evidencia

Esta etapa consiste en realizar la búsqueda de RS en bases de datos relevantes, de acuerdo al tipo de pregunta formulada. El uso de RS en el contexto de las políticas de salud ha sido ampliamente validado. Esto porque reducen sustancialmente el posible sesgo en la estimación de los efectos, además de disminuir el rol que el azar tendría en las estimaciones realizadas por estudios primarios únicos (1,11,39).

En primer lugar, se deben construir estrategias de búsqueda que permitan identificar los artículos relevantes para responder la pregunta abordada. De manera de apoyo, se sugiere utilizar las palabras clave obtenidas por los expertos/solicitantes en las etapas anteriores. Por otro lado, se pueden realizar búsquedas en otros idiomas en los buscadores HealthSystemsEvidence y Epistemonikos / PDQ Evidence, de manera de encontrar traducciones a las palabras no conocidas. Adicionalmente, se sugiere utilizar los términos MeSH, con el fin de encontrar más conceptos y sinónimos relevantes.

Las bases de datos para realizar las búsquedas variarán según el ámbito de la pregunta formulada, así como también del tiempo con que se cuenta para entregar la síntesis de evidencia. De esta forma, se sugiere utilizar Epistemonikos (40) y HealthEvidence (41) para preguntas del ámbito de la Salud Pública, y PDQ-Evidence y HealthSystemsEvidence (20) para preguntas relacionadas al ámbito de los Sistemas de Salud (clasificación de acuerdo a lo especificado en la Etapa 1) (Figura 2).



Figura 2. Buscadores utilizados para encontrar RS, dependiendo del ámbito de la pregunta abordada.

Epistemonikos es una base de datos gratuita y de múltiples idiomas, que permite relacionar la evidencia incluida en RS, a través de las referencias utilizadas en cada artículo (40). PDQ-Evidence utiliza la misma lógica de Epistemonikos, pero filtra las RS que únicamente estén relacionadas a problemas de Sistemas de Salud. HealthSystemsEvidence es un portal para acceder a la evidencia científica en Sistemas de Salud (principalmente proveniente de RS), desarrollado por el Foro de Salud de la Universidad de McMaster y que permite, entre otras funciones, catalogar la evidencia de acuerdo a una taxonomía pre-establecida para este ámbito (20). Por último, HealthEvidence es el portal de evidencia para problemas de Salud Pública, que ha sido desarrollado por la Universidad de McMaster.

Pese a la exhaustividad de estos buscadores, podrían haber RS que no sean encontradas en éstos. No obstante, y considerando el contexto de una respuesta rápida, se sugiere utilizar estos buscadores especializados en el uso de evidencia para tomar decisiones, de manera de poder encontrar el mayor número de publicaciones relacionadas.

Además, en la medida de que el tiempo para entregar la SRE alcance para incorporar otros buscadores, se sugiere realizar una búsqueda en PubMed, utilizando el filtro de RS. De esta forma, este manual sugiere que en toda SRE se utilicen al menos los buscadores Epistemonikos/PDQ-Evidence (dependiendo del ámbito de la pregunta), HealthEvidence/HealthSystemsEvidence (dependiendo del ámbito de la pregunta), y la Biblioteca Cochrane (Figura 2).

Por otro lado, a diferencia de una RS, no se contempla la búsqueda de literatura gris, como un método para acortar el tiempo para realizar la síntesis. Tampoco se contemplan estrategias suplementarias para obtener evidencia, tales como consulta a expertos, o bola de nieve “snowball” buscando referencias de referencias.

La planilla de apoyo a la SRE que se adjunta en Anexo 1, contiene una sección para documentar todas las estrategias de búsqueda que se utilicen para una pregunta particular.

Una vez obtenidos los resultados de la búsqueda, se recomienda que 2 revisores independientes seleccionen las RS de acuerdo a su pertinencia al leer el título y resumen, utilizando algún mecanismo para resolver los disensos (un tercer revisor o discusión uno a uno de cada disenso). A medida que se realiza la selección, se sugiere contactar al solicitante por cualquier criterio de inclusión o exclusión que podría estar confuso al seleccionar los artículos, para ajustar lo más posible la pertinencia de la pregunta abordada con el problema de política pública abordado.

Se recomienda incluir todos los estudios relevantes publicados en inglés. Si se requiere, incluir artículos relevantes en otros idiomas de acuerdo a los lenguajes manejados por el equipo a cargo de hacer la SRE.

Para el conjunto final de RS seleccionadas se identifica el año en que se realizó la búsqueda. Además, se puede registrar la calidad de la RS que el buscador haya asignado, en caso de estar disponible (generalmente en HealthSystemsEvidence y HealthEvidence). Por último, se recomienda registrar el proceso completo de selección de artículos para facilitar la transparencia del proceso, mencionando el número de artículos excluidos en cada etapa (la planilla de apoyo a la SRE en el Anexo 1 contiene una sección dedicada a esta etapa).

En caso de que en el proceso de buscar evidencia se identifiquen estudios primarios que respondieran a la pregunta formulada, se recomienda incorporarlos a la selección, especialmente si éstos han sido publicados de forma posterior a la fecha de búsqueda de las RS encontradas.

### ¿Qué pasa si no se encuentran RS?

Si al realizar la búsqueda ninguno de los revisores encontró RS pertinentes a la pregunta, lo primero es informar al solicitante de la síntesis. Con esto se busca notificar de una posible extensión en el tiempo de entrega de la síntesis rápida, producto de la ausencia de evidencia de rápido alcance. Luego, siguiendo el mismo procedimiento expuesto anteriormente, se realiza una búsqueda de estudios primarios en la Biblioteca Cochrane (CENTRAL) y PubMed.

De esta forma, se recomienda realizar una búsqueda de estudios primarios seleccionando los títulos y resúmenes con dos revisores independientes, y con alguna forma de resolución de disensos. Además, se recomienda no aplicar filtros a la búsqueda, tales como año de publicación, diseños de estudio, idiomas, entre otros.



Se sugiere seleccionar los diseños de estudios de acuerdo a la guía del grupo Cochrane EPOC para selección de estudios primarios (ver Anexo 2) (42). No obstante, la selección de estos estudios no implica la exclusión inmediata de diseños observacionales como estudios de cohorte o caso-control, puesto que la evidencia proveniente de estos estudios podría ser la única disponible para ciertos tipos de preguntas.

Considerando que las SRE no son RS de la literatura y, como tales, podría existir una probabilidad sustancial de excluir estudios relevantes para la pregunta formulada. Para reducir este posible sesgo, se realizan 2 estrategias complementarias:

1. Cada uno de los estudios encontrados se busca en PubMed, seleccionando la opción "Artículos relacionados" (Figura 3), buscando estudios relevantes en los primeros 20 resultados.
2. Los estudios primarios encontrados se buscan en Epistemonikos con el objetivo de identificar RS que podrían incluir a alguno de estos estudios y, de esta forma, identificar posibles revisiones que podrían ser pertinentes para la pregunta abordada.



**Figura 3. Buscando literatura relacionada en PubMed cuando no se encuentran RS que aborden la pregunta formulada.**

En el caso de que, luego de contar con una estrategia de búsqueda apropiada, el número de resultados que el buscador muestra es excesivo contemplando el tiempo con el que se cuenta para entregar la síntesis, se sugiere notificar al solicitante que no es posible realizar una SRE con esta pregunta, debido a la cantidad de evidencia identificada. Alternativamente, se sugiere acordar un nuevo plazo de entrega de la síntesis rápida, de manera de poder contar con un mayor tiempo para entregar los resultados.

Por último, en el caso que no se encuentren estudios primarios relacionados al problema que se está abordando, se entrega una SRE señalando que no se encontró evidencia publicada que aborde el efecto de la intervención, y se puede complementar con algún reporte sobre opiniones de expertos que se alcanzaron a contactar, considerando el tiempo de la síntesis.

### Etapa 3. Selección de Evidencia

Esta etapa consiste en seleccionar los resultados de la búsqueda para acelerar la producción de la SRE. Tiene como objetivo seleccionar un conjunto reducido de estudios que aborden el efecto de la intervención estudiada.

#### Re-formulación de la pregunta y selección por contenido

Con la literatura obtenida de la búsqueda, se realiza una lectura rápida de los artículos a texto completo seleccionados, evaluando su pertinencia de acuerdo al contenido de cada uno de éstos.

Luego, se identifica la estructura de la pregunta, describiendo todas las poblaciones, comparaciones y desenlaces que se reportan en las RS incluidas.

En el caso de las intervenciones, es de particular importancia listar todos los elementos que las RS encontradas identifiquen como sub-intervenciones. Es decir, criterios que diferenciarían sustancialmente a las intervenciones, y que podrían generar un efecto distinto en la población (por ej. profesional que realiza la intervención, lugar físico donde se realiza la intervención, duración de la intervención, etc.). Mediante la identificación de estas variables se pretende abordar una posible heterogeneidad en la presentación de los resultados.

Luego, se sugiere concertar una nueva reunión con el solicitante para exponer la evidencia encontrada. En esta etapa, se pretende acotar la pregunta de forma tal que los criterios de inclusión y exclusión representen de mejor forma la pregunta que se está abordando. De esta forma, con la evidencia reportada en las distintas RS, se tomará una decisión que tome en cuenta la exhaustividad de la síntesis y el tiempo para entregarla.

Se sugiere discutir los siguientes conceptos:

1. Posibles criterios para identificar sub-poblaciones relevantes (por ej, edad, sexo, nivel socio-económico, etc.). El tomador de decisión debiese entregar su visión respecto al sentido de obtener un resultado diferenciado por cada sub-población, en base a lo que las RS presentan.
2. Evaluar si es necesario excluir alguna sub-población o presentar los efectos de la intervención de manera separada en cada grupo (por ej, presentar los efectos separados en población menor y mayor de 15 años, pero independiente del sexo del paciente).
3. Identificar características relevantes de la intervención (por ej, duración, profesional que ejecuta la acción, lugar físico en que se realiza). El tomador de decisión debiese clarificar si hace sentido separar los resultados por estas características, o se debiesen agrupar independiente de ellos<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Este punto es de particular importancia en problemas del ámbito de los sistemas de salud, donde las intervenciones tienen múltiples factores que podrían ocasionar heterogeneidad. De esta forma, se sugiere que se transmita la importancia de realizar un balance entre la separación de las intervenciones y la potencia de los resultados estadísticos al agrupar estudios primarios.



4. Evaluar la exclusión o presentación por separado de alguna sub-intervención, en base a las características definidas en el punto anterior (por ej, no considerar intervenciones de menos de 4 meses de duración, y separar los resultados por el profesional que la realiza).
5. Exclusión de comparaciones o comparadores (por ej, no contemplar estudios que comparen la intervención contra placebo).

Por último, se sugiere acordar con el solicitante la selección de los desenlaces incluidos. Se debiera pedir al solicitante la priorización de los desenlaces, contemplando el tiempo con el que se cuenta para entregar la síntesis.

La planilla de apoyo a la SRE contiene un espacio dedicado a notificar todos los aspectos encontrados en las revisiones, de manera de seleccionar transparentemente las inclusiones y exclusiones.

### Reducción de literatura disponible

En primer lugar, se sugiere clasificar cada una de las RS encontradas de acuerdo a los nuevos criterios priorizados por el solicitante en términos de cada población, comparación y desenlace. Luego, se recomienda construir una matriz por cada comparación para mostrar el número de RS por cada combinación de población, intervención, comparador y desenlace. Por ejemplo, establecer que la RS número 1, estudia la intervención en población adulta, en los primeros 2 desenlaces seleccionados, mientras que la RS número 2, analiza la intervención en población infantil solamente en el primer desenlace seleccionado (Figura 4).

|                |             | Población 1 | Población 2 | Población 3 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Intervención 1 | Desenlace 1 |             |             |             |
|                | Desenlace 2 |             |             |             |
|                | Desenlace 3 |             |             |             |
|                | Desenlace 4 |             | ...         |             |
| Intervención 2 | Desenlace 1 |             |             |             |
|                | Desenlace 2 |             |             |             |
|                | Desenlace 3 |             |             |             |
|                | Desenlace 4 |             |             |             |

Figura 4. Tabla sugerida para documentar el número de RS por cada subpregunta encontrada. Se sugiere realizar una tabla por comparación.

Este primer paso es de fundamental importancia, puesto que la evidencia encontrada no puede ser seleccionada si abordan preguntas distintas, en términos de lo que ha sido expuesto por el solicitante.

En segundo lugar, se evalúa la calidad de las RS. Esto se realiza para evaluar la probabilidad de estar excluyendo estudios primarios relevantes, producto de que los métodos utilizados por la revisión podrían inducir algún sesgo en la selección de estudios. Para esto, están disponibles distintos instrumentos validados que evalúan criterios similares (AMSTAR (43), SURE (descrito en (44)), ROBIS(45)). En términos generales, se sugiere utilizar alguno de estos criterios para realizar una selección.

Considerando el contexto de una SRE, este manual propone la utilización de AMSTAR, tomando en consideración su simplicidad (contiene solo 11 preguntas), lo que resulta en un tiempo reducido para ser aplicado.

Luego, se procede a evaluar la calidad de las RS (en caso de que ya exista una evaluación realizada por los sitios HealthSystemsEvidence o HealthEvidence, utilizar este puntaje), con el fin de excluir para el análisis todas aquellas que tengan graves limitaciones que no permitan confiar en sus resultados. Para esto, se propone utilizar los siguientes 3 criterios:

1. AMSTAR: Se seleccionan revisiones con un puntaje mayor o igual a 4.
2. Puntaje HealthEvidence: Se descartan revisiones clasificadas como "Low".
3. Considerar siempre revisiones Cochrane<sup>3</sup>.

Para realizar el análisis, se consideran todas las RS de calidad aceptable encontradas. Sin embargo, con el objetivo de reducir el tiempo para preparar la SRE, en caso de que una combinación Población, Intervención y Comparador cuente con más de 4 RS de calidad aceptable, se procede a seleccionar los resultados de la búsqueda, de acuerdo al horizonte de tiempo con que se cuenta:

1. 10 o menos días hábiles: Se sugiere seleccionar las revisiones que hayan realizado la búsqueda en los últimos 10 años.
2. Más de 10 días hábiles: Contemplar todas las RS encontradas.

De igual forma, es importante contar con RS que se encuentren medianamente actualizadas para abordar la pregunta disponible. Si bien existen ciertos criterios definidos para identificar a una RS como desactualizada (46), en el contexto de una SRE - siempre y cuando no se cuente con antecedentes adicionales en el problema (por ej, la intervención fue implementada desde un año en particular en el mundo, por lo que no habría evidencia en otros años) - se contemplará como necesaria la selección de al menos 1 RS con fecha de búsqueda dentro de los últimos 10 años.

Si después de esta selección, el número de RS es mayor a 7, se sugiere conversar con el solicitante sobre la posibilidad de acotar la pregunta, o notificar que no es posible realizar una respuesta rápida, debido a la cantidad de evidencia encontrada. De forma adicional, se puede conversar sobre una ampliación del tiempo de respuesta en acuerdo con el solicitante.

En el caso de que ninguna RS sea calificada con una calidad aceptable, se procede como si no se hubiesen encontrado RS, según se ha descrito en la Etapa 2.

<sup>3</sup> Considerando como una de las formas de reducir el tiempo de entrega de las síntesis, este manual supone que las revisiones Cochrane cumplen con un mínimo de calidad en los procedimientos utilizados, por lo que existiría una remota posibilidad de encontrar revisiones Cochrane con graves limitaciones.



## Matriz de evidencia

Luego de seleccionar las RS pertinentes, evaluado su calidad y seleccionado de acuerdo al año de búsqueda, se utiliza una matriz de evidencia para encontrar literatura adicional que podría haberse excluido. Esta matriz de evidencia es una herramienta desarrollada por PDQ/Epistemonikos que permite conectar múltiples RS y estudios primarios de acuerdo a las citas que se entrelacen entre ellas (40). Esto permitiría identificar estudios que no se lograron obtener en las estrategias de búsqueda, pero que podrían aportar evidencia relevante para abordar la pregunta.

Como esta matriz es generada automáticamente por un algoritmo computacional, es posible eliminar revisiones o estudios primarios que no sean pertinentes con la pregunta que se está evaluando. De esta forma, se eliminan las RS o estudios primarios incluidos que no sean relevantes para la pregunta formulada (seleccionando por título y resumen). En esta etapa, pueden surgir RS que no se habían encontrado anteriormente, las que deben ser evaluadas de acuerdo a los criterios de inclusión previamente descritos. La Figura 5 muestra un ejemplo de matriz de evidencia utilizada en una SRE.

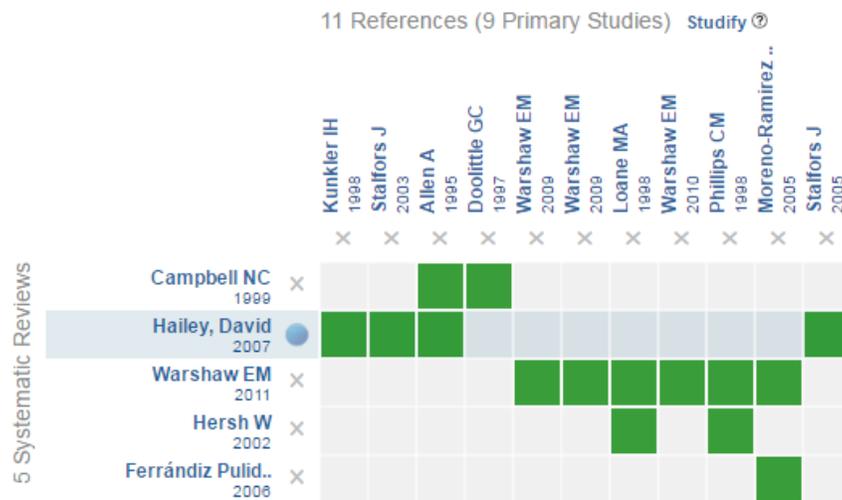


Figura 5. Ejemplo de la matriz de evidencia utilizada para relacionar las revisiones sistemáticas con los estudios primarios que contienen evidencia que aborda la pregunta formulada.

Se recomienda crear la matriz de evidencia con la revisión que mejor responda a la pregunta que se está abordando.

Por último, esta matriz permitirá identificar de manera adicional publicaciones ligadas, donde se utiliza el mismo set de datos para distintos estudios. Esta práctica se ha reportado de manera frecuente en estudios primarios (47), por lo que su identificación se hace relevante a la hora de reportar los resultados.

## Etapa 4: Extracción y utilización de datos

Al final de la etapa anterior, se contará con un conjunto de RS, las que deben ser pertinentes a la pregunta formulada y que probablemente contienen la mayor parte de la evidencia disponible que evalúa el efecto de la intervención estudiada. Además, se contará con una matriz de evidencia que relacione las RS incluidas con todos los estudios primarios que responden a la pregunta abordada.

En esta etapa, se deberá obtener la información que las RS seleccionadas reportan sobre el impacto de las intervenciones analizadas. Utilizando la matriz de evidencia, se sugiere extraer los datos que las RS consideradas reportan sobre los estudios primarios incluidos. Aparte del resultado, se sugiere extraer el diseño de cada estudio, país(es) en que se realizó, tipos de participantes, tipos de intervenciones, tamaño de la muestra y riesgo de sesgo evaluado por la RS.

Como en algunas revisiones se podría estar extrayendo solo un conjunto de estudios primarios, se sugiere reportar también el efecto que el/los meta-análisis muestra, o el rango de efectos (en caso de no contar con meta-análisis), incorporando todos los estudios considerados en la RS.

Para los resultados obtenidos agrupar todas las combinaciones Población, Intervención, Comparador, Desenlace y Diseño de Estudio, y realizar meta-análisis de los resultados (cuando sea posible). Esto con el objetivo de obtener un estimador único del efecto de la intervención. Para este fin, se sugiere seguir las recomendaciones del Manual de la Cochrane para realizar RS de intervenciones, utilizando el programa RevMan diseñado por la Colaboración Cochrane, y que está disponible gratuitamente en la web: <http://community.cochrane.org/tools/review-production-tools/revman-5/revman-5-download>, (37).

Para acortar el tiempo de este proceso se sugiere que, en lo posible, se evite acceder al estudio primario para obtener los datos, sino más bien conservar los resultados reportados por la RS. Sin embargo, cuando una RS no contenga la información suficiente, o cuando distintas RS obtengan diferentes resultados para un mismo estudio primario, sería necesario revisar en detalle el estudio para obtener un resultado.

Es importante recalcar que los resultados que serán presentados en la SRE provendrán de los estudios primarios que las RS incluidas reportan. Sería importante contar con la mayor cantidad de información disponible sobre el conjunto de datos que se está reportando. De esta forma, los datos de un estudio primario que se encuentre incluido en más de 1 RS podrían ser extraídos complementando la información proveniente de varias RS.

De forma ideal, se debieran calcular medidas de efectos absolutos (tasas, medias, medianas) y relativos "odds ratio, risk ratio, hazard ratio", de manera de informar de mejor forma al lector de la síntesis. Sin embargo, de manera frecuente la evidencia relacionada a políticas y sistemas de salud no cuenta con la información necesaria para calcular este nivel de detalle.

Por último, la planilla de apoyo a la SRE utilizada en este manual contiene una parte detallada para la obtención de resultados de cada artículo.



## Etapa 5: Evaluación de la certeza de los desenlaces incorporados

Para esta etapa, se recomienda utilizar la metodología GRADE (48), la cual evalúa la calidad de la evidencia disponible respecto del efecto de la intervención en cada uno de los desenlaces incluidos. Esta evaluación se realiza tomando en cuenta criterios relacionados al diseño de los estudios considerados, limitaciones metodológicas, inconsistencia, imprecisión, pregunta indirecta y sesgo de publicación. Adicionalmente, existen 3 factores que permitirían incrementar la calidad de la evidencia: un gran tamaño del efecto, existencia de dosis-respuesta y factores confundentes que favorecieran la intervención.

Un punto importante para este manual, es la evaluación de las limitaciones metodológicas (riesgo de sesgo) de los estudios incluidos, contemplando que podría demandar un tiempo mayor. Para acelerar este proceso, se recomienda utilizar la evaluación del sesgo que reporta la RS que incluye a cada estudio. Sin embargo, en esta etapa se podrían observar 3 complicaciones:

1. La RS incluida no evalúa riesgo de sesgo de los estudios:
  - A. Se sugiere buscar si el estudio primario está incluido en otra RS que sí haya evaluado el riesgo de sesgo de ese estudio (independiente que la RS tenga una pregunta distinta, los criterios de evaluación de riesgo de sesgo podrían compartirse). Para esto, puede ser útil obtener esta información de la matriz de evidencia construida en la Etapa 3.
  - B. Si ninguna RS analiza el riesgo de sesgo de este estudio, se debe evaluar de acuerdo al diseño de investigación que éste posea. Para esto, se sugiere utilizar los siguientes instrumentos:
    - i. Estudios aleatorizados controlados, controlados antes-después o series de tiempo interrumpidas: Utilizar evaluación diseñada por el grupo Cochrane EPOC (42) (Anexo 3 y 4).
    - ii. Estudios Observacionales de cohorte y caso-control: Utilizar escala Newcastle-Ottawa (49) (Anexo 5).
2. La RS incluida utiliza una escala de riesgo de sesgo distinta a la recomendada por el manual de la Colaboración Cochrane (37): En este caso, se sugiere evaluar si la escala utiliza criterios similares a las escalas recomendadas. En caso de que la respuesta sea negativa, se sugiere contemplar el escenario anterior.
3. Aunque poco habitual, podría pasar que el estudio primario se encuentra en más de 1 RS, y ellas difieran en la evaluación del riesgo de sesgo. En este caso, se recomienda evaluar el riesgo de sesgo del o los estudios primarios en base al punto 1B.

Para el resto de los criterios, se recomienda seguir los lineamientos utilizados para evaluar la certeza en la evidencia, que han sido propuestos por GRADE (48).



## Etapa 6: Preparación del informe

El informe que se presenta como SRE se basa en el formato elaborado por el grupo SUPPORT para generar resúmenes de evidencia (50). Este consta de 6 secciones: Título, Mensajes clave, Introducción, Resumen de Hallazgos, Consideraciones de Implementación e Información adicional.

### Título

Se sugiere escribir el título en un formato de pregunta, que permita entender clara y rápidamente el objetivo de la síntesis de evidencia. De esta forma, se sugiere poner explícitamente la estructura de la pregunta (población, intervención, comparador y desenlaces).

Se sugiere que, en la medida que sea posible, se utilice un título que describa claramente la pregunta que se está abordando con la síntesis, de manera de aclarar completamente al tomador de decisión sobre el problema que está incluido en la SRE.

### Mensajes Clave

Inmediatamente después del título, se incluye una lista de mensajes clave los cuales, en la primera página del documento, resumen en no más de 200 palabras los hallazgos encontrados en la revisión de la literatura. Es importante que los mensajes clave sean auto-explicativos y, contengan un resumen de la evidencia encontrada en la síntesis. Además, de acuerdo al contexto del problema, se podría incluir 1 o 2 hallazgos que resuman algunas consideraciones de implementación relevantes o algunos datos incluidos en la realidad chilena.

Para resumir los hallazgos de la evidencia en mensajes clave, se recomienda utilizar el esquema basado en mensajes clave en términos sencillos (37), que son descritos en la Tabla 1.

Es importante mencionar que se debe hacer un juicio sobre lo que se considerará como diferencia importante y diferencia pequeña, contemplando el contexto del problema abordado. De esta forma, la significancia estadística (valor- $p < 0.05$ ), no sería el único elemento para considerar la existencia de una diferencia, sino más bien el tamaño de efecto encontrado, el cual podría ser evaluado de forma distinta (en términos de su magnitud) para distintos problemas de políticas y sistemas de salud (51).

Estos mensajes clave han sido adaptados de las guías recomendadas por el grupo EPOC de la Colaboración Cochrane. Sin embargo, estos no han sido validados en español, lo que representa un punto importante a validar con tomadores de decisión en países de habla hispana (42).

En el caso de que no se haya encontrado evidencia para un desenlace particular, se sugiere reportar: "No se encontró evidencia sobre el efecto de [intervención] sobre [desenlace] en los estudios incluidos".



| GRADE           | DIFERENCIA IMPORTANTE  | DIFERENCIA PEQUEÑA   | SIN DIFERENCIA  |
|-----------------|--|--|---|
| <b>Alta</b>     | [la intervención] mejora/reduce [el desenlace]   | [la intervención] mejora/reduce ligeramente [el desenlace]               | [la intervención] no tiene un efecto importante en [el desenlace]                         |
| <b>Moderada</b> | [la intervención] probablemente mejora/reduce [el desenlace]   | [la intervención] probablemente mejora/reduce ligeramente [el desenlace] | [la intervención] probablemente hace poca o ninguna diferencia respecto de [el desenlace] |
| <b>Baja</b>     | [la intervención] podría mejorar/reducir [el desenlace]  | [la intervención] podría mejorar/reducir ligeramente [el desenlace]      | [la intervención] podría hacer poca o ninguna diferencia respecto de [el desenlace]       |
| <b>Muy baja</b> | Es incierto si [la intervención] mejora/reduce [el desenlace] porque la certeza en la evidencia es muy baja. |  |   |

**Tabla 1. Mensajes clave en términos sencillos sugeridos para utilizar al resumir los hallazgos encontrados, de acuerdo al tamaño del efecto y a la certeza en la evidencia, según la clasificación GRADE.**

### Introducción

Esta sección señala aspectos contextuales locales e internacionales, tales como la definición de la pregunta en el país, por qué el tema abordado llegó a ser un problema, qué tan grande es el problema, y recomendaciones de organismos internacionales. Además, se puede explicitar detalles relacionados a la solicitud realizada, tales como quién pidió el resumen y por qué. Además, se puede incluir otras investigaciones que aborden de manera descriptiva la intervención evaluada, o experiencias particulares que contextualicen la pregunta.

### Resumen de Hallazgos

Esta sección es la parte más importante de la SRE, puesto que contiene el resumen de la evidencia relacionada a la efectividad de la intervención que se está evaluando.

En primer lugar, se sugiere incluir una descripción metodológica inicial, donde se detalle lo siguiente:

1. Especificación de la pregunta, en su versión Población, Intervención, Comparador y Desenlace(s).
2. Señalar todos los criterios de inclusión y exclusión, utilizados para la búsqueda realizada.
3. Proceso de selección de los artículos incluidos (incluyendo la evaluación de la calidad de las RS).
4. Número de RS utilizadas y el rango de años de publicación de éstas.
5. Señalar en caso de que la pregunta se haya reformulado y por qué.
6. En el caso de no haber encontrado RS, señalar también el diseño de los estudios primarios considerados.

Es importante mencionar que la SRE no tiene los fines que un artículo científico podría tener. Por el contrario, este tipo de síntesis busca llegar a tomadores de decisiones en políticas de salud. De esta forma, la descripción metodológica se detalla de manera no exhaustiva, de manera de no incrementar sustancialmente la longitud de la síntesis.

Un ejemplo de esta sección, que ha sido utilizada para evaluar el impacto de la telemedicina en procedimientos de trombolisis, se muestra en el Cuadro 2.

**Cuadro 2.**

**Ejemplo de una descripción metodológica inicial en la sección resumen de hallazgos, en una síntesis de evidencia sobre los efectos de utilizar telemedicina en procedimientos de trombolisis.**

“Esta síntesis busca conocer los riesgos de utilizar telemedicina para guiar procedimientos de trombolisis en pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) isquémico. Se compara contra el escenario de una trombolisis presencial con un especialista.

Se excluyeron artículos que describieran trombolisis mecánica, que utilizaran agentes distintos al Activador Tisular del plasminógeno recombinante (rTPA) y que realizaran los procedimientos en establecimientos sin scanner (por ej, ambulancias).

Al realizar la búsqueda, los títulos y resúmenes fueron seleccionados por dos revisores independientes, discutiendo cada uno de los disensos encontrados. Se obtuvieron inicialmente 13 revisiones sistemáticas. Consultando al solicitante de la síntesis, se pidió excluir aquellos estudios que utilizaran teléfono en vez de videoconferencia, y que fueran realizados en centros de salud rurales apartados. Por último, se seleccionaron 4 desenlaces prioritarios: mortalidad, hemorragia intracraneal, resultado favorable (según escala modificada de Rankin) y tasa de derivación.

Luego de evaluar el contenido de los artículos, se seleccionaron 5 revisiones sistemáticas pertinentes. Al evaluar la calidad de los estudios (AMSTAR), se excluyeron 3 revisiones. Por último, al utilizar la matriz de evidencia de Epistemonikos, se obtuvieron 3 revisiones adicionales, que resultaron ser las mismas excluidas por calidad. Finalmente, se utilizó un total de 5 revisiones sistemáticas, publicadas entre 2009 y 2015.”

Dentro de cada hallazgo (en el texto), señalar cualquier consideración secundaria de los estudios incorporados, que no hayan sido incorporados en la tabla de Resumen de la Evidencia.

De forma adicional, en esta parte del texto se podrían incluir estudios que no presenten suficientes datos, o que tengan otros diseños de investigación, siempre y cuando entreguen antecedentes adicionales a la evidencia ya reportada en tablas.

Se sugiere resumir los efectos absolutos y relativos en una tabla Resumen de la Evidencia “Summary of Findings” (SoF), reportando adicionalmente el rango de los efectos (o el resultado del meta-análisis) reportados en la revisión.

Este tipo de tablas se utilizan en base a lo sugerido por GRADE para reportar resúmenes de hallazgos de la evidencia (48,52). La Tabla 2 muestra un ejemplo de tabla utilizada en una síntesis rápida entregada sobre el impacto de los programas de educación nutricional y actividad física en niños y adolescentes.

Dependiendo de si el desenlace es continuo o dicotómico, se puede incluir la media o el número de eventos en el efecto absoluto, y la diferencia o el Riesgo Relativo en el efecto relativo.

Se sugiere evitar el uso de la significancia estadística como indicador de la existencia de efecto, y utilizar una definición de línea de no efecto, basado en la pertinencia para el contexto de la pregunta que se está evaluando (53). Además, en la medida de que los datos así lo permitan, se sugiere incorporar efectos absolutos y relativos, que permitan al tomador de decisión tener la mayor cantidad de información respecto del posible impacto de la intervención.



Para cada desenlace, incluir una nota al pie que justifique brevemente la certeza de la evidencia asignada. Por ejemplo, “resultado de 3 estudios aleatorizados con riesgo de sesgo significativo y una alta heterogeneidad en los resultados”.

En caso de haber utilizado un perfil de evidencia de GRADE (52) para calcular la certeza en la evidencia, se sugiere no incluir este en el texto principal, de manera de no alargar innecesariamente la síntesis. La tabla tipo SoF debiera resumir la información principal de los hallazgos presentados.

| Desenlaces   | EFECTO ABSOLUTO   |                        | Rango de efectos reportado en la revisión*          | Número de participantes (estudios) | Certeza en la Evidencia (GRADE) |
|--|---|------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|
|  | Control   | Intervención           |   |                                    |                                 |
| Score de actividad física por minuto<br>Niños                        | No se puede concluir  |                        | NA  | <b>450</b><br>(1 estudio)          | ⊕○○○<br>Muy Baja <sup>1</sup>   |
| Minutos por día de actividad física<br>Niños                         | <b>21</b><br>min/día  | <b>25</b><br>min/día   | Meta-análisis<br>MD = 3.5<br>(IC 95%<br>-3.5 a 6.2) | <b>4.019</b><br>(2 estudios)       | ⊕⊕○○<br>Moderada <sup>3</sup>   |
|  | <b>Diferencia: 4 min/día</b><br>(Margen de error: -3.2 a 5.8)   |                        |   |                                    |                                 |
| Participantes activos físicamente<br>Niños y adolescentes (femenino) | <b>620</b><br>por 1000  | <b>630</b><br>por 1000 | NA  | <b>1.604</b><br>(1 estudio)        | ⊕⊕⊕○<br>Moderada <sup>3</sup>   |
|  | <b>Diferencia: 10 por 1000</b><br>(Margen de error: -2 a 22)    |                        |   |                                    |                                 |
| Minutos por día de actividad física<br>Niños                         | <b>22</b><br>min/día  | <b>30</b><br>min/día   | Entre 1 a 54<br>min/día de diferencia               | <b>4.019</b><br>(1 estudio)        | ⊕⊕⊕○<br>Moderada <sup>4</sup>   |
|  | <b>Diferencia: 8 min/día</b><br>(Margen de error: 4.26 a 11.74) |                        |   |                                    |                                 |

Margen de error = Intervalo de Confianza (95% IC) “GRADE Working Group” grades of evidence (ver recuadro). NR: No reportado. NA: No aplica.

\*Como los efectos reportados muestran el resultado de algunos de los estudios de la revisión sistemática, se reporta el rango de los efectos que los estudios incluidos en la revisión sistemática presentan.

1. 1 estudio aleatorizado con alto riesgo de sesgo, que incluye solo población afroamericana (población indirecta) y con conflicto de interés (posible sesgo de publicación).
2. 1 estudio aleatorizado con alto riesgo de sesgo con intervalos de confianza anchos (imprecisión).
3. 1 estudio aleatorizado con alto riesgo de sesgo.
4. 1 estudio aleatorizado con alto riesgo de sesgo con intervalos de confianza anchos (imprecisión) y con un gran tamaño de efecto.

Tabla 2. Ejemplo de una tabla Resumen de la Evidencia (SoF por sus siglas en inglés “Summary of Findings” utilizada para presentar los resultados de una síntesis rápida de evidencia.

## Consideraciones de Implementación

Luego del Resumen de Hallazgos, se presentan las consideraciones de implementación, las cuales generalmente se dividen en 4 tipos:

1. Consideraciones Económicas (54), tales como costo, precio, valor, costo-beneficio, costo-efectividad, etc.
2. Consideraciones de Aplicabilidad (55), evaluando si los resultados obtenidos son aplicables a la realidad del país. En esta sección, mencionar los países en los que se llevaron a cabo los estudios y brevemente mencionar si sus resultados son aplicables a la realidad del país. De no serlo en su totalidad, se sugiere desarrollar por qué no lo serían.
3. Consideraciones de Equidad (56), en el caso de que la intervención favorecería o perjudicaría a un grupo particular de la población (geográfico, socioeconómico, racial, género, etc.).
4. Consideraciones de Monitoreo y Evaluación, si existe algún aspecto que vale la pena mencionar en cuanto a su medición. En esta sección, generalmente se recomienda incluir:
  - a. Si es necesario evaluar el real impacto que la intervención tendría sobre los desenlaces que tienen muy baja calidad de la evidencia, o para los que no se encontraron estudios suficientes.
  - b. Comentar si la evidencia muestra algo que no se esperaba que ocurriera y es necesario monitorear el avance en la práctica de la implementación de la política y en qué ámbitos más específicamente.

Las consideraciones de implementación son una parte importante del proceso de las SRE, puesto que aportan aspectos relevantes para tomar una decisión informada por la evidencia científica disponible. De esta forma, se sugiere que, además de mostrar la información en la síntesis de evidencia, esta sea relevada de manera especial en el momento en que la SRE sea presentada al tomador de decisión.

Se recomienda que, siempre que la urgencia de la síntesis de evidencia lo permita, buscar evidencia tanto local como internacional que permita identificar consideraciones de implementación. Si bien este manual no utiliza un enfoque sistemático para encontrar este tipo de consideraciones, se recomienda utilizar la opinión del autor, en conjunto a una búsqueda simple de evidencia que permita respaldar este tipo de consideraciones. Además, el análisis de resultados y la discusión de las RS utilizadas podrían ser insumos importantes para identificar esta sección.

Adicionalmente, se puede agregar una sección de diferencias con otras recomendaciones. Aquí, se debieran listar las similitudes o diferencias de los hallazgos de la síntesis con otras fuentes, tales como “policy briefs”, recomendaciones de organismos internacionales, o guías clínicas.

## Información Adicional

Finalmente, esta sección contiene la lista de actores clave, la sugerencia para citar la síntesis, las referencias, conflictos de interés, revisores y agradecimientos.



## **Etapa 7: Revisión por pares**

Para finalizar la SRE, es necesario que ésta síntesis sea revisada, tanto por el equipo como por el experto solicitante en el área. Una vez finalizada, se sugiere hacer disponible la síntesis a otros actores, de manera de compartir la revisión de evidencia que podría ser utilizada en otras decisiones.

De manera ideal, se recomienda realizar un seguimiento del estado del tema analizado a través de la síntesis, para evaluar cómo éste ha incidido en el desarrollo de la política pública.



## NOTAS FINALES

Pese a que la evidencia científica ha sido reconocida como un importante insumo para la formulación e implementación de políticas de salud, aún existen algunos espacios donde ésta podría ser sistemáticamente utilizada, especialmente en áreas más complejas de este proceso (57).

Si bien las RS son un elemento importante para acercar la investigación a la formulación e implementación de políticas, persiste la barrera del tiempo que se necesita para realizarlas. En este contexto, las SRE surgen como una interesante aproximación que permitiría, abordar algunos problemas de políticas de salud en un tiempo sustancialmente menor (29).

En el contexto de las PSIE, este manual entrega lineamientos para desarrollar una SRE. Mediante un método de 7 etapas, se resume el procedimiento que ha sido recopilado de la experiencia del equipo de la Unidad de Políticas Informadas por Evidencia del Ministerio de Salud.

La experiencia de esta unidad ha sido descrita en detalle en otra publicación (14). Si bien no se cuenta con una evaluación sistemática de este programa en Chile (lo cual es un tema recurrentemente pendiente para el contexto de las PdTC (15)), numerosas publicaciones han descrito las síntesis rápidas como un buen mecanismo para acercar la evidencia a la toma de decisiones en políticas de salud (11,13,29,58).

Por otro lado, se reconoce que no todas las preguntas relacionadas con las PSIE son abordables a través de la aproximación de las SRE aquí descritas. Esto principalmente porque este tipo de síntesis no necesariamente es una RS de la literatura disponible. Si bien tiene bastantes etapas similares, existen numerosos puntos donde se diferencian entre sí (Tabla 3).

Este manual es el primer intento para documentar en detalle los procedimientos para realizar una SRE en el contexto de las PSIE. Como tal, es posible que múltiples cambios sean incorporados en la medida que el manual vaya siendo validado, o se integre experiencias de otros centros al desarrollo de las SRE.

Además, un punto importante en el desarrollo de las SRE es la posibilidad de evaluar su impacto para el contexto de las políticas de salud. De esta forma, un desafío pendiente es la evaluación de este manual, de manera de observar su impacto en los tomadores de decisión.

Finalmente, es importante avanzar en la publicación de las metodologías utilizadas para producir SRE, de manera de establecer un estándar que permita acercar la evidencia a la toma de decisiones, sin comprometer sustancialmente la transparencia y sistematicidad con que se realizan las RS (25).



**Tabla 3. Diferencias entre una revisión sistemática y una síntesis rápida de evidencia, según los métodos expuestos en este manual.**

| CARACTERÍSTICAS  | REVISIÓN SISTEMÁTICA   | SÍNTESIS RÁPIDA DE EVIDENCIA   |
|--|--|--|
| Creación de protocolo para explicitar los criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda de manera previa | Si   | No   |
| Tiempo para realizar la síntesis   | Aproximadamente 1 año  | Entre 5 a 20 días hábiles  |
| Alcance de la pregunta   | Normalmente de un alcance amplio   | Muy específica   |
| Buscadores de literatura utilizados  | Múltiples buscadores   | Entre 4 y 5  |
| Criterios de inclusión en la búsqueda  | Se incluye literatura gris<br>No se excluyen artículos por idioma  | No incluye literatura gris<br>Se incluyen Revisiones Sistemáticas (RS) en inglés u otros idiomas conocidos por los revisores |
| Selección de artículos   | 2 o más revisores independientes seleccionan título y resumen, y texto completo                                | 2 revisores independientes seleccionan título y resumen, y 1 revisor selecciona por texto completo                           |
| Extracción de datos  | 2 o más revisores independientes extraen los datos   | 1 investigador extrae los datos  |
| Diseño de artículos incluidos  | Estudios primarios   | RS   |
| Reducción del número de artículos considerados   | Se utilizan todos los estudios primarios que se consideren pertinentes para abordar la pregunta de la revisión | Dependiendo del tiempo para entregar la síntesis, se reduce el número de RS según el año de la búsqueda y la calidad de ésta |
| Evaluación riesgo de sesgo   | Evaluación del sesgo de todos los estudios incluidos utilizando alguna escala validada para este fin           | Utilización de la evaluación reportada en las RS incluidas   |

## REFERENCIAS

1. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policymaking. *Lancet*. 2004 Oct;364(9445):1615-21.
2. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *Lancet*. 2007 Jun;369(9576):1883-9.
3. Alexander PE, Gionfriddo MR, Li S-A, Bero L, Stoltzfus RJ, Neumann I, et al. A number of factors explain why WHO guideline developers make strong recommendations inconsistent with GRADE guidance. *J Clin Epidemiol*. 2016 Feb;70:111-22.
4. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jan;14(1):2.
5. Oxman A, Lavis J, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policy-making (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S1.
6. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms: a structured review of governmental policy documents. *Heal Res Policy Syst*. 2015;13(1):2.
7. World Health Organization. Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. 2012 [cited 2016 Dec 19]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/knowledge\\_translation/en/](http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation/en/)
8. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Knowledge Translation in Health Care. 2nd ed. Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
9. Pablos-Mendez A, Chunharas S, Lansang MA, Shademani R, Tugwell P. Knowledge translation in global health. *Bull World Health Organ*. 2005;83(10).
10. Greenhalgh T, Wieringa S. Is it time to drop the "knowledge translation" metaphor? A critical literature review. *J R Soc Med*. 2011 Dec 1;104(12):501-9.
11. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ*. 2006 Aug;84(8):620-8.
12. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Initiatives supporting evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda: a comparative historical case study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Dec 29 ;14(1):612.
13. Kasonde JM, Campbell S. Creating a Knowledge Translation Platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research. *Heal Res Policy Syst*. 2012 Dec 3;10(1):31.
14. Mansilla C, Herrera CA, Basagoitia A, Pantoja T. Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet): lessons learnt from 1 year of coordinated efforts in evidence informed policymaking in Chile. *Pan Am J Public Heal*. 2017 Feb; 41.
15. El-Jardali F, Lavis J, Moat K, Pantoja T, Ataya N. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. *Heal Res Policy Syst*. 2014 Dec 17;12(1):2.



16. 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. *Heal Res Policy Syst.* 2009;7(Suppl 1):S13.
17. Moat KA, Lavis JN, Clancy SJ, El-Jardali F, Pantoja T. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bull World Health Organ.* 2014 Jan 1;92(1):20-8.
18. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Soc Sci Med.* 2012 Dec;75(11):1938-45.
19. Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Heal Res Policy Syst.* 2009;7(Suppl 1):S14.
20. Lavis JN, Wilson MG, Moat KA, Hammill AC, Boyko JA, Grimshaw JM, et al. Developing and refining the methods for a "one-stop shop" for research evidence about health systems. *Heal Res Policy Syst.* 2015;13(1):10.
21. Makkar SR, Gilham F, Williamson A, Bisset K. Usage of an online tool to help policymakers better engage with research: Web CIPHER. *Implement Sci.* 2015 Dec 23;10(1):56.
22. World Health Organization. EVIPNet in action: 10 years, 10 stories. 2016 [cited 2016 Dec 15]; Available from: <http://www.who.int/evidence/resources/publication/en/>
23. Hamid M, Bustamante-Manaog T, Dung TV, Akkhavong K, Fu H, Ma Y, et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet.* 2005 Nov;366(9499):1758-60.
24. Tricco AC, Cardoso R, Thomas SM, Motiwala S, Sullivan S, Kealey MR, et al. Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. *Implement Sci [Internet].* 2015 Dec 12;11(1):4.
25. Polisena J, Garritty C, Kamel C, Stevens A, Abou-Setta AM. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. *Syst Rev.* 2015 Dec 14;4(1):26.
26. Tsertsvadze A, Chen Y-F, Moher D, Sutcliffe P, McCarthy N. How to conduct systematic reviews more expeditiously? *Syst Rev.* 2015 Dec 12;4(1):160.
27. Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implement Sci.* 2010 Dec 19;5(1):56.
28. Hartling LPT, Guise J-M, Kato E, Anderson MRPJ, Aronson N, Belinson S, et al. EPC Methods: An Exploration of Methods and Context for the Production of Rapid Reviews. Agency for Health-care Research and Quality, U.S.; 2015.
29. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. *Implement Sci.* 2015 Dec 18;11(1):117.
30. Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* 2015 Dec 12;19(1):254.
31. Khangura S, Polisena J, Clifford TJ, Farrah K, Kamel C. RAPID REVIEW: AN EMERGING APPROACH TO EVIDENCE SYNTHESIS IN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Int J Technol Assess Health Care.* 2014 Jan 22;30(1):20-7.



32. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005 Feb;8(1):19-32.
33. Straus SE, Kastner M, Soobiah C, Antony J, Tricco AC. Introduction: Engaging researchers on developing, using, and improving knowledge synthesis methods: a series of articles describing the results of a scoping review on emerging knowledge synthesis methods. *J Clin Epidemiol*. 2016 May;73:15-8.
34. Organización Mundial de la Salud. Manual para la elaboración de directrices. 2015 [cited 2017 May 9]. Available from: [http://www.who.int/publications/guidelines/WHO\\_hb\\_for\\_guideline\\_development\\_2ed\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_2ed_Spanish.pdf)
35. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. *Heal Res Policy Syst*. 2016 Dec 25;14(1):83.
36. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S4.
37. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org)
38. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). EPOC Taxonomy. 2015 [cited 2016 Sep 13]. Available from: <http://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>
39. 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. *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S7.
40. Rada G, Pérez D, Capurro D. Epistemonikos: a free, relational, collaborative, multilingual database of health evidence. *Stud Health Technol Inform*. 2013;192(1):486-90.
41. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D, Greco L. A knowledge management tool for public health: health-evidence.ca. *BMC Public Health*. 2010 Dec 18;10(1):496.
42. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Reporting the effects of an intervention in EPOC reviews. EPOC Resources for review authors. 2016. Available from: <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>
43. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007 Dec 15;7(1):10.
44. Herrera CA, Ciapponi A, Bastías G, Lewin S, Garcia Marti S, Okwundu CI, et al. Governance arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. In: Herrera CA, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014.
45. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016 Jan;69:225-34.
46. Garner P, Hopewell S, Chandler J, MacLehose H, Schünemann HJ, Akl EA, et al. When and how to update systematic reviews: consensus and checklist. *BMJ*. 2016 Jul 20;354(214):i3507.



47. Ebrahim S, Montoya L, Kamal El Din M, Sohani ZN, Agarwal A, Bance S, et al. Randomized trials are frequently fragmented in multiple secondary publications. *J Clin Epidemiol*. 2016 Nov;79:130-9.
48. Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. *GRADE Handbook*. 2013 [cited 2016 Jun 13]. Available from: [http://gdt.guidelinedevelopment.org/central\\_prod/\\_design/client/handbook/handbook.html](http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html)
49. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. [cited 2017 May 30]. Available from: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp)
50. Rosenbaum SE, Glenton C, Wiysonge CS, Abalos E, Mignini L, Young T, et al. Evidence summaries tailored to health policy-makers in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2011 Jan 1;89(1):54-61.
51. Alderson P. Research pointers: Survey of claims of no effect in abstracts of Cochrane reviews. *BMJ*. 2003 Mar 1;326(7387):475-475.
52. Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N, Helfand M, Vist G, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 12. Preparing Summary of Findings tables—binary outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2013 Feb;66(2):158-72.
53. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 17: Dealing with insufficient research evidence. *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S17.
54. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 12: Finding and using research evidence about resource use and costs. *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S12.
55. 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. *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S9.
56. 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. *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S10.
57. Edgerton D. Time for evidence based research policy. *BMJ*. 2016 Jun 13;i3146.
58. Mijumbi-Deve R, Rosenbaum SE, Oxman AD, Lavis JN, Sewankambo NK. Policymaker experiences with rapid response briefs to address health-system and technology questions in Uganda. *Heal Res Policy Syst*. 2017 Dec 3;15(1):37.



## ANEXOS

### Anexo 1.

Planilla de Apoyo a la síntesis rápida de evidencia.

#### SOLICITUD

|                        |                              |  |
|------------------------|------------------------------|--|
| <b>SOLICITANTE (S)</b> |                              |  |
| <b>ÁREA</b>            | Subsecretaría                |  |
|                        | División                     |  |
|                        | Departamento                 |  |
|                        | Cargo Solicitante            |  |
| <b>CONTACTO</b>        | Anexo/Celular                |  |
| <b>ENTREGA</b>         | Fecha para entregar síntesis |  |
|                        | Días Hábiles                 |  |
| <b>EXPERTOS</b>        |                              |  |

#### DETALLES DE LA SOLICITUD

|                                    |   |                  |  |
|------------------------------------|---|------------------|--|
| <b>PREGUNTA</b>                    |   |                  |  |
| <b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b>    |   |                  |  |
| <b>¿CÓMO LLEGÓ A SER PROBLEMA?</b> |   |                  |  |
| <b>ESCENARIOS A EXCLUIR</b>        | 1   |                  |  |
|                                    | 2   |                  |  |
|                                    | 3   |                  |  |
|                                    | 4   |                  |  |
|                                    | 5   |                  |  |
| <b>ÁMBITO DE LA PREGUNTA</b>       | <b>SISTEMAS DE SALUD/<br/>SALUD PÚBLICA</b> | <b>TAXONOMÍA</b> |  |



**BÚSQUEDA**

|                                |                   |                           |  |
|--------------------------------|-------------------|---------------------------|--|
| <b>PALABRAS CLAVE</b>          |                   |                           |  |
|                                |                   |                           |  |
|                                |                   |                           |  |
|                                |                   |                           |  |
|                                |                   |                           |  |
|                                |                   |                           |  |
| <b>TÉRMINOS MESH</b>           |                   |                           |  |
|                                |                   |                           |  |
| <b>ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA</b> |                   |                           |  |
| <b>NÚMERO</b>                  | <b>ESTRATEGIA</b> | <b>BUSCADOR UTILIZADO</b> |  |
| 1                              |                   |                           |  |
| 2                              |                   |                           |  |
| 3                              |                   |                           |  |
| 4                              |                   |                           |  |



## RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

| REVISOR 1 (ARTÍCULOS ENCONTRADOS)   |                                |              |                |          |        |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------|----------------|----------|--------|
|                                     | HEALTHSYS-<br>TEMS<br>EVIDENCE | PDQ-EVIDENCE | HEALTHEVIDENCE | COCHRANE | PUBMED |
| RESULTADO INICIAL                   |                                |              |                |          |        |
| FILTRO DE RS                        |                                |              |                |          |        |
| SELECCIONADOS POR TÍT/ABS-TRACT     |                                |              |                |          |        |
| DUPLICADOS                          |                                |              |                |          |        |
| TOTAL                               |                                |              |                |          |        |
|                                     |                                |              |                |          |        |
| REVISOR 2 (ARTÍCULOS ENCONTRADOS)   |                                |              |                |          |        |
|                                     | HEALTHSYS-<br>TEMS<br>EVIDENCE | PDQ-EVIDENCE | HEALTHEVIDENCE | COCHRANE | PUBMED |
| RESULTADO INICIAL                   |                                |              |                |          |        |
| FILTRO DE RS                        |                                |              |                |          |        |
| SELECCIONADOS POR TÍT/ABS-TRACT     |                                |              |                |          |        |
| DUPLICADOS                          |                                |              |                |          |        |
| TOTAL                               |                                |              |                |          |        |
|                                     |                                |              |                |          |        |
| TOTAL REVISOR 1 + REVISOR 2         |                                |              |                |          |        |
| RESULTADO INICIAL                   |                                |              |                |          |        |
| DUPLICADOS O ELIMINADOS POR DISENSO |                                |              |                |          |        |
| ELIMINADOS POR CONTENIDO            |                                |              |                |          |        |
|                                     |                                |              |                |          |        |
| TOTAL ARTÍCULOS CONSIDERADOS        |                                |              |                |          |        |



## DEFINICIÓN DE LA PREGUNTA

|                      |  |   |                           |
|----------------------|--|---|---------------------------|
| <b>POBLACIÓN</b>     | <b>Criterio 1<br/>(por ej edad)</b>              | 1 | Nivel 1 (por ej, niños)   |
|                      |  | 2 | Nivel 2 (por ej, adultos) |
|                      | <b>Criterio 2<br/>(por ej ingresos del país)</b> | 1 |                           |
|                      |  | 2 |                           |
|                      | <b>Criterio 3</b>                                | 1 |                           |
|                      |  | 2 |                           |
| <b>INTERVENCIÓN</b>  | <b>Criterio 1</b>                                | 1 |                           |
|                      |  | 2 |                           |
|                      | <b>Criterio 2</b>                                | 1 |                           |
|                      |  | 2 |                           |
|                      | <b>Criterio 3</b>                                | 1 |                           |
|                      |  | 2 |                           |
| <b>COMPARACIONES</b> | 1  |   |                           |
|                      | 2  |   |                           |
|                      | 3  |   |                           |
|                      | 4  |   |                           |
| <b>DESENLACES</b>    | 1  |   |                           |
|                      | 2  |   |                           |
|                      | 3  |   |                           |
|                      | 4  |   |                           |
|                      | 5  |   |                           |
|                      | 6  |   |                           |
|                      | 7  |   |                           |
|                      | 8  |   |                           |
|                      | 9  |   |                           |
|                      | 10   |   |                           |



**REVISIONES SISTEMÁTICAS ENCONTRADAS**

| AUTOR          | AÑO  | TÍTULO  | CALIDAD ASIGNADA POR BUSCADOR | REVISIÓN COCHRANE | AÑO BÚSQUEDA |
|----------------|------|---|-------------------------------|-------------------|--------------|
| <b>EJEMPLO</b> |      |   |                               |                   |              |
| MAGLIONE       | 2015 | SAFETY OF DELIVERY AT HOME: A SYSTEMATIC REVIEW | 8/11                          | NO                | 2013         |
|                |      |   |                               |                   |              |
|                |      |   |                               |                   |              |
|                |      |   |                               |                   |              |
|                |      |   |                               |                   |              |

| AUTOR          | AÑO  | POBLACIÓN |        | INTERVENCIÓN |        | COMPARACIÓN |   |   | DESENLACES |   |   |   |   |   |   |   |   |    | PUNTAJE AMSTAR |      |
|----------------|------|-----------|--------|--------------|--------|-------------|---|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|------|
|                |      | Crit 1    | Crit 2 | Crit 1       | Crit 2 | 1           | 2 | 3 | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                |      |
| <b>EJEMPLO</b> |      |           |        |              |        |             |   |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |      |
| MAGLIONE       | 2015 | X         | X      | X            | X      | X           |   |   |            | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X              | 9/11 |
|                |      |           |        |              |        |             |   |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |      |
|                |      |           |        |              |        |             |   |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |      |
|                |      |           |        |              |        |             |   |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |      |
|                |      |           |        |              |        |             |   |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |      |

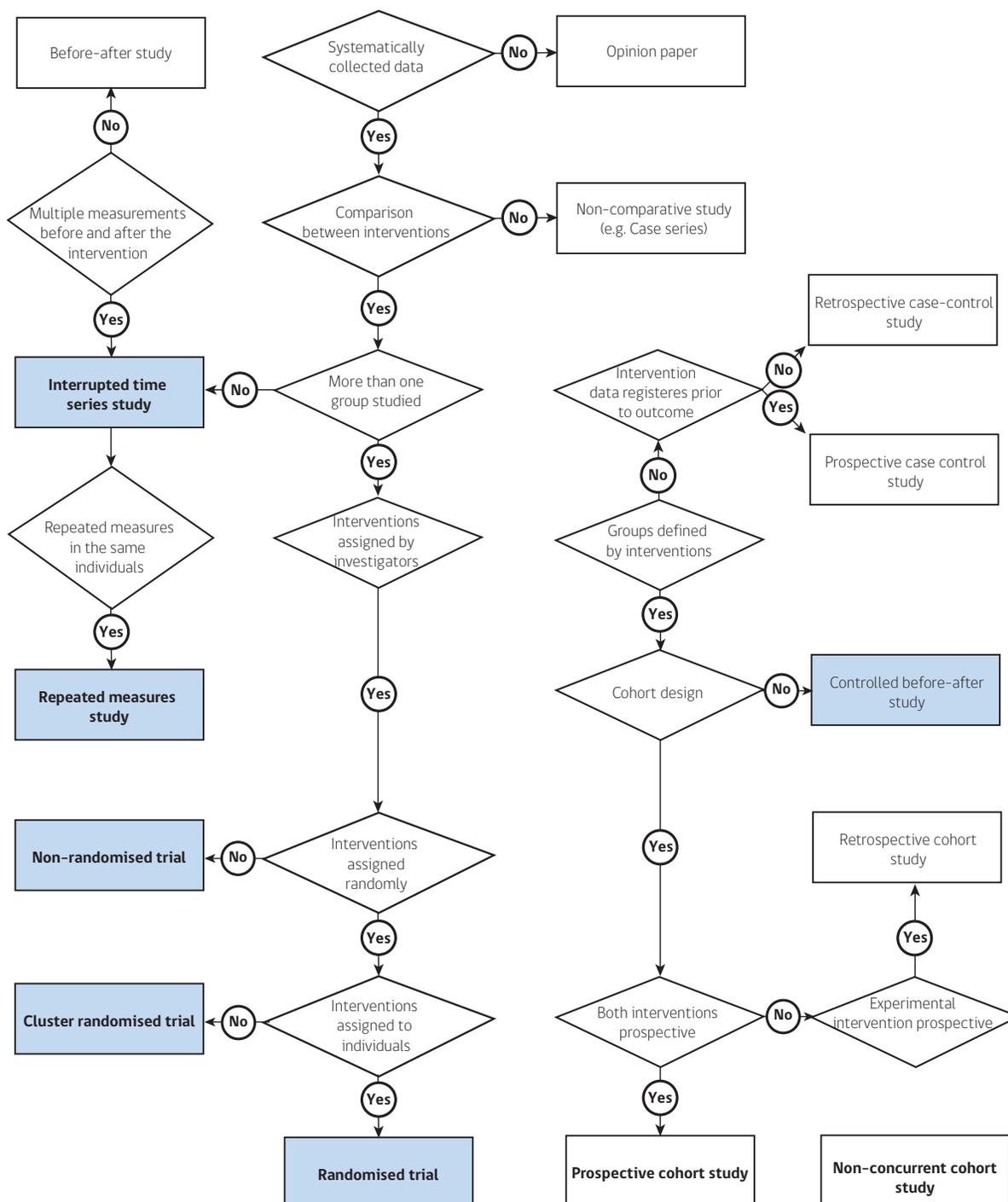
Marcar con "X" cuando la revisión sistemática contenga dentro de sus criterios de inclusión cada elemento de la pregunta. Por ej, la revisión de Maglione busca estudios en adultos, que realicen partos asistidos por profesionales de salud en domicilios.





## Anexo 2.

Diseño de estudios primarios recomendados para evaluar el efecto de intervenciones de salud. En azul los diseños recomendados (42)



### Anexo 3.

Instrumentos sugeridos para evaluar riesgo de sesgo de estudios aleatorizados controlados, estudios no aleatorizados controlados, y controlados antes-después(42).

#### Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews

##### **Risk of bias for studies with a separate control group** **Randomised controlled trials (RCTs)** **Non-randomised controlled trials (NRCTs)** **Controlled before-after (CBA) studies**

Nine standard criteria are suggested for all RCTs, NRCTs and CBA studies. Further information can be obtained from the Cochrane handbook section on risk of bias.

##### **Was the allocation sequence adequately generated?**

Score "Low risk" if a random component in the sequence generation process is described (eg Referring to a random number table). Score "High risk" when a nonrandom method is used (eg performed by date of admission). NRCTs and CBA studies should be scored "High risk". Score "Unclear risk" if not specified in the paper.

##### **Was the allocation adequately concealed?**

Score "Low risk" if the unit of allocation was by institution, team or professional and allocation was performed on all units at the start of the study; or if the unit of allocation was by patient or episode of care and there was some form of centralised randomisation scheme, an on-site computer system or sealed opaque envelopes were used. CBA studies should be scored "High risk". Score "Unclear risk" if not specified in the paper.

##### **Were baseline outcome measurements similar?<sup>1,2</sup>**

Score "Low risk" if performance or patient outcomes were measured prior to the intervention, and no important differences were present across study groups. In RCTs, score "Low risk" if imbalanced but appropriate adjusted analysis was performed (e.g. Analysis of covariance). Score "High risk" if important differences were present and not adjusted for in analysis. If RCTs have no baseline measure of outcome, score "Unclear risk".

##### **Were baseline characteristics similar?**

Score "Low risk" if baseline characteristics of the study and control providers are reported and similar. Score "Unclear risk" if it is not clear in the paper (e.g. characteristics are mentioned in text but no data were presented). Score "High risk" if there is no report of characteristics in text or tables or if there are differences between control and intervention providers. Note that in some cases imbalance in patient characteristics may be due to recruitment bias whereby the provider was responsible for recruiting patients into the trial.

<sup>1</sup> If some primary outcomes were imbalanced at baseline, assessed blindly or affected by missing data and others were not, each primary outcome can be scored separately.

<sup>2</sup> If "Unclear risk" or "High risk", but there is sufficient data in the paper to do an adjusted analysis (e.g. Baseline adjustment analysis or Intention to treat analysis) the criteria should be re scored as "Low risk".

**Were incomplete outcome data adequately addressed?<sup>1</sup>**

Score “Low risk” if missing outcome measures were unlikely to bias the results (e.g. the proportion of missing data was similar in the intervention and control groups or the proportion of missing data was less than the effect size i.e. unlikely to overturn the study result). Score “High risk” if missing outcome data was likely to bias the results. Score “Unclear risk” if not specified in the paper (Do not assume 100% follow up unless stated explicitly).

**Was knowledge of the allocated interventions adequately prevented during the study?<sup>1</sup>**

Score “Low risk” if the authors state explicitly that the primary outcome variables were assessed blindly, or the outcomes are objective, e.g. length of hospital stay. Primary outcomes are those variables that correspond to the primary hypothesis or question as defined by the authors. Score “High risk” if the outcomes were not assessed blindly. Score “Unclear risk” if not specified in the paper.

**Was the study adequately protected against contamination?**

Score “Low risk” if allocation was by community, institution or practice and it is unlikely that the control group received the intervention. Score “High risk” if it is likely that the control group received the intervention (e.g. if patients rather than professionals were randomised). Score “Unclear risk” if professionals were allocated within a clinic or practice and it is possible that communication between intervention and control professionals could have occurred (e.g. physicians within practices were allocated to intervention or control)

**Was the study free from selective outcome reporting?**

Score “Low risk” if there is no evidence that outcomes were selectively reported (e.g. all relevant outcomes in the methods section are reported in the results section). Score “High risk” if so me important outcomes are subsequently omitted from the results. Score “Unclear risk” if not specified in the paper.

**Was the study free from other risks of bias?**

Score “Low risk” if there is no evidence of other risk of biases



## Anexo 4.

Instrumentos sugeridos para evaluar riesgo de sesgo de series de tiempo interrumpidas (42).

### **Risk of bias for interrupted time series (ITS) studies**

Seven standard criteria are used for all ITS studies. Further information can be obtained from the Cochrane handbook section on Risk of Bias and from the draft methods paper on risk of bias under the EPOC specific resources section of the EPOC website.

Note: If the ITS study has ignored secular (trend) changes and performed a simple t-test of the pre versus post intervention periods without further justification, the study should not be included in the review unless reanalysis is possible.

#### **Was the intervention independent of other changes?**

Score "Low risk" if there are compelling arguments that the intervention occurred independently of other changes over time and the outcome was not influenced by other confounding variables/historic events during study period. *If Events/variables identified, note what they are.* Score "High risk" if reported that intervention was not independent of other changes in time.

#### **Was the shape of the intervention effect pre-specified?**

Score "Low risk" if point of analysis is the point of intervention OR a rational explanation for the shape of intervention effect was given by the author(s). Where appropriate, this should include an explanation if the point of analysis is NOT the point of intervention; Score "High risk" if it is clear that the condition above is not met.

#### **Was the intervention unlikely to affect data collection?**

Score "Low risk" if reported that intervention itself was unlikely to affect data collection (for example, sources and methods of data collection were the same before and after the intervention); Score "High risk" if the intervention itself was likely to affect data collection (for example, any change in source or method of data collection reported).

#### **Was knowledge of the allocated interventions adequately prevented during the study?<sup>3</sup>**

Score "Low risk" if the authors state explicitly that the primary outcome variables were assessed blindly, or the outcomes are objective, e.g. length of hospital stay. Primary outcomes are those variables that correspond to the primary hypothesis or question as defined by the authors. Score "High risk" if the outcomes were not assessed blindly. Score "Unclear risk" if not specified in the paper.

<sup>3</sup> If some primary outcomes were assessed blindly or affected by missing data and others were not, each primary outcome can be scored separately.

**Were incomplete outcome data adequately addressed?<sup>3</sup>**

Score “Low risk” if missing outcome measures were unlikely to bias the results (e.g. the proportion of missing data was similar in the pre- and post-intervention periods or the proportion of missing data was less than the effect size i.e. unlikely to overturn the study result). Score “High risk” if missing outcome data was likely to bias the results. Score “Unclear risk” if not specified in the paper (Do not assume 100% follow up unless stated explicitly).

**Was the study free from selective outcome reporting?**

Score “Low risk” if there is no evidence that outcomes were selectively reported (e.g. all relevant outcomes in the methods section are reported in the results section). Score “High risk” if some important outcomes are subsequently omitted from the results. Score “Unclear risk” if not specified in the paper.

**Was the study free from other risks of bias?**

Score “Low risk” if there is no evidence of other risk of biases e.g. should consider if seasonality is an issue (i.e. if January to June comprises the pre-intervention period and July to December the post, could the “seasons’ have caused a spurious effect).



**Were incomplete outcome data adequately addressed?<sup>3</sup>**

Score “Low risk” if missing outcome measures were unlikely to bias the results (e.g. the proportion of missing data was similar in the pre- and post-intervention periods or the proportion of missing data was less than the effect size i.e. unlikely to overturn the study result). Score “High risk” if missing outcome data was likely to bias the results. Score “Unclear risk” if not specified in the paper (Do not assume 100% follow up unless stated explicitly).

**Was the study free from selective outcome reporting?**

Score “Low risk” if there is no evidence that outcomes were selectively reported (e.g. all relevant outcomes in the methods section are reported in the results section). Score “High risk” if some important outcomes are subsequently omitted from the results. Score “Unclear risk” if not specified in the paper.

**Was the study free from other risks of bias?**

Score “Low risk” if there is no evidence of other risk of biases e.g. should consider if seasonality is an issue (i.e. if January to June comprises the pre-intervention period and July to December the post, could the “seasons’ have caused a spurious effect).



## Anexo 5.

Instrumentos sugeridos para evaluar riesgo de sesgo de estudios de cohorte y caso-control (49).

### NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE

#### COHORT STUDIES

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Outcome categories. A maximum of two stars can be given for Comparability

#### Selection

##### 1) Representativeness of the exposed cohort

- a) truly representative of the average \_\_\_\_\_ (describe) in the community \*
- b) somewhat representative of the average \_\_\_\_\_ in the community \*
- c) selected group of users eg nurses, volunteers
- d) no description of the derivation of the cohort

##### 2) Selection of the non exposed cohort

- a) drawn from the same community as the exposed cohort \*
- b) drawn from a different source
- c) no description of the derivation of the non exposed cohort

##### 3) Ascertainment of exposure

- a) secure record (eg surgical records) \*
- b) structured interview \*
- c) written self report
- d) no description

##### 4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study

- a) yes \*
- b) no



## Comparability

### 1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis

- a) study controls for \_\_\_\_\_ (select the most important factor) \*
- b) study controls for any additional factor \* (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

## Outcome

### 1) Assessment of outcome

- a) independent blind assessment \*
- b) record linkage \*
- c) self report
- d) no description

### 2) Was follow-up long enough for outcomes to occur

- a) yes (select an adequate follow up period for outcome of interest) \*
- b) no

### 3) Adequacy of follow up of cohorts

- a) complete follow up - all subjects accounted for \*
- b) subjects lost to follow up unlikely to introduce bias - small number lost - > \_\_\_\_\_% (select an adequate %) follow up, or description provided of those lost) \*
- c) follow up rate < \_\_\_\_\_ % (select an adequate %) and no description of those lost
- d) no statement



## NEWCASTLE – OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE

### CASE CONTROL STUDIES

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.

#### Selection

##### 1) Is the case definition adequate?

- a) yes, with independent validation \*
- b) yes, eg record linkage or based on self reports
- c) no description

##### 2) Representativeness of the cases

- a) consecutive or obviously representative series of cases \*
- b) potential for selection biases or not stated

##### 3) Selection of Controls

- a) community controls \*
- b) hospital controls
- c) no description

##### 4) Definition of Controls

- a) no history of disease (endpoint) \*
- b) no description of source

#### Comparability

##### 1) Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis

- a) study controls for \_\_\_\_\_ (Select the most important factor.) \*
- b) study controls for any additional factor \* (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor).



## Exposure

### 1) Ascertainment of exposure

- a) secure record (eg surgical records) \*
- b) structured interview where blind to case/control status \*
- c) interview not blinded to case/control status
- d) written self report or medical record only
- e) no description

### 2) Same method of ascertainment for cases and controls

- a) yes \*
- b) no

### 3) Non-Response rate

- a) same rate for both groups \*
- b) non respondents described
- c) rate different and no designation

