

Extensión PRISMA-Equidad 2012: guías para la escritura y la publicación de revisiones sistemáticas enfocadas en la equidad en salud*

Vivian Welch,¹ Mark Petticrew,² Peter Tugwell,¹ David Moher,³
Jennifer O'Neill,¹ Elizabeth Waters,⁴ Howard White⁵
y el grupo PRISMA-Equity Bellagio⁶

Forma de citar (artículo original)

Welch V, Petticrew M, Tugwell P, Moher D, O'Neill J, et al. (2012) PRISMA-Equity 2012 Extension: Reporting Guidelines for Systematic Reviews with a Focus on Health Equity. PLoS Med 9(10): e1001333. doi:10.1371/journal.pmed.1001333.

RESUMEN

Existe un imperativo mundial de abordar las desigualdades sanitarias a nivel nacional e internacional, definidas como diferencias en la salud injustas y evitables.

Un paso hacia lograr esta meta es mejorar la base de evidencia científica rigurosa relacionada con las repercusiones de las políticas sobre las desigualdades en los resultados de la salud, la asignación de recursos y su uso.

Las revisiones sistemáticas son cada vez más reconocidas como fuente de evidencia valiosa para la toma de decisiones relacionadas con la atención sanitaria y los sistemas sanitarios; sin embargo, muy pocas revisiones sistemáticas informan acerca de los efectos sobre la equidad en salud.

Desarrollamos guías consensuadas para la escritura y publicación de revisiones sistemáticas centradas en la equidad, para ayudar a que los revisores identifiquen, extraigan y sinteticen la evidencia sobre la equidad en las revisiones sistemáticas.

El uso cada vez mayor de estas guías para escribir y publicar trabajos científicos ayudará a mejorar los informes de los efectos sobre las desigualdades en los resultados de la salud y el uso de la atención sanitaria según el género, la posición socioeconómica y otras características, tanto en las revisiones sistemáticas como, en última instancia, en la investigación primaria, y en consecuencia contribuirá a la agenda mundial para optimizar la equidad en salud.

© Organización Panamericana de la Salud 2013, versión en español.

© Vivian A. Welch, 2012, versión en inglés. Todos los derechos reservados.

¹ University of Ottawa, Institute of Population Health, Ottawa, Canadá. La correspondencia debe dirigirse a Vivian Welch, vivian.welch@uottawa.ca

² London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido.

³ Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Canadá.

⁴ University of Melbourne, McCaughey Centre, Melbourne School of Population Health, Melbourne, Australia.

⁵ International Initiative for Impact Evaluation (3ie), Washington, D.C., Estados Unidos de América.

⁶ En el cuadro S1 se presentan los miembros del grupo PRISMA-Equity Bellagio.

INTRODUCCIÓN

La equidad en salud y los determinantes sociales de la salud continúan ocupando un puesto importante en las agendas nacionales e internacionales. Recientemente, en el informe de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (octubre de 2011), se reconoció la necesidad de incrementar la disponibilidad de los datos sobre las desigualdades en salud y la asignación de recursos (1). En 2010, en el Simposio

Mundial de Investigaciones sobre Sistemas de Salud también se consideró que la equidad resulta fundamental (2). A pesar de dicho compromiso a nivel mundial, la evidencia acerca de los efectos de las políticas sobre la equidad en salud continúa siendo escasa (3).

La equidad en salud se define como la ausencia de desigualdades en la salud injustas y evitables (4). El criterio moral de imparcialidad implica un debate ético acerca de la libertad, las capacidades y las oportunidades, teniendo en cuenta

*Traducción oficial completa al español realizada por la Organización Panamericana de la Salud, con autorización de los autores.

el contexto (5). Una medición científica rigurosa y una evaluación de los efectos de las políticas sobre la equidad en salud son necesarias para cumplir las metas de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSS OMS). Los estudios sobre los efectos promedio de las intervenciones pueden controlar factores de confusión entre las características de individuos o de poblaciones, pero ocultan su impacto sobre la equidad en salud. El uso de los efectos promedio como guía de las políticas podría incluso provocar un aumento de la desigualdad en salud, a pesar de las buenas intenciones, según lo demostrado por una evaluación de los impactos de los esfuerzos a nivel nacional en la salud infantil (6). Se requieren evaluaciones científicas bien diseñadas que examinen los efectos sobre la equidad en salud para quebrar la trampa de la pobreza (7).

Por un lado, las revisiones sistemáticas han sido promocionadas como una fuente útil y exhaustiva de evidencia para la toma de decisiones (8, 9) y, por el otro, los responsables de la toma de decisiones las han criticado por no brindar evidencia sobre la equidad en salud (10, 11).

Las revisiones sistemáticas permiten abordar las cuestiones de la equidad en salud en una de tres formas. En primer lugar, pueden evaluar los efectos de las intervenciones destinadas a una población desfavorecida, como se realizó en una revisión de la alimentación escolar de niños desfavorecidos (12). En segundo lugar, también pueden evaluar los efectos de las intervenciones destinadas a reducir los gradientes sociales, como la revisión de las intervenciones para disminuir el gradiente social del tabaquismo (10, 13). En tercer lugar, pueden evaluar los efectos de las intervenciones no destinadas a reducir la desigualdad, pero para las cuales es importante comprender los efectos de la intervención sobre la equidad, como en los trabajadores sanitarios legos (14) o la prevención de la obesidad infantil (15). Estimamos que, aproximadamente, el 20% de las revisiones sistemáticas indexadas en MEDLINE cumple con uno o más de estos criterios (16).

Si las revisiones sistemáticas se enfocaran en la equidad en salud, podría revelarse evidencia acerca de las desigualdades generadas por las interven-

ciones (17), la falta de evidencia y la necesidad de investigaciones futuras (15) o el mayor impacto absoluto para los más pobres debido a su peor condición de salud. Por ejemplo, la vitamina A tiene el mayor impacto absoluto sobre la reducción de la mortalidad en los niños con el estado nutricional más bajo (18). Sin embargo, pocas revisiones sistemáticas evalúan los efectos sobre la equidad en salud, y las que sí lo hacen suelen ofrecer detalles insuficientes para permitir replicarlas, incluida la notificación deficiente de algunas características de la población, el análisis de subgrupos y los criterios de aplicabilidad (19).

Las guías para la escritura y la publicación de trabajos científicos están diseñadas para fomentar la exhaustividad y transparencia en los informes de los métodos y resultados de las revisiones sistemáticas, como la declaración PRISMA (siglas en inglés de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, Elementos preferenciales para informar sobre revisiones sistemáticas y metanálisis). Si bien existe cierta orientación acerca de cómo realizar revisiones sistemáticas centradas en la equidad (20), no existen guías sobre cómo escribirlas y publicarlas. Esto es importante debido a que diversas cuestiones metodológicas son específicas de la escritura y la publicación de revisiones sistemáticas centradas en la equidad, tales como la definición de las poblaciones desfavorecidas, cómo se incorpora la equidad en las síntesis y el modo de escribir y de publicar la aplicabilidad de los hallazgos de las revisiones a las poblaciones o a los ámbitos desfavorecidos.

En consecuencia, desarrollamos las guías para la escritura y la publicación de revisiones sistemáticas centradas en la equidad con dos metas principales: 1) ofrecer orientación estructurada sobre cómo escribir y publicar estos métodos y resultados de manera transparente y 2) legitimar y enfatizar la importancia de escribir y publicar los resultados referidos a la equidad en salud. Apuntamos a contribuir a mejorar la base de evidencia de políticas orientadas hacia la equidad basadas en datos probatorios a través de la amplia divulgación de estas guías.

MÉTODOS

Con el objetivo de elaborar estas guías para la escritura y la publicación cen-

tradas en la equidad (en lo sucesivo, PRISMA-E 2012), seguimos las recomendaciones (21) para el desarrollo de guías para la escritura y la publicación de investigaciones de salud: entre los pasos relevantes se incluye identificar la necesidad, obtener financiación, revisar la bibliografía, realizar una encuesta amplia (figura S1; cuadros S2–S5) y explorar si se logra el consenso (véase la figura 1).

Reunión de consenso

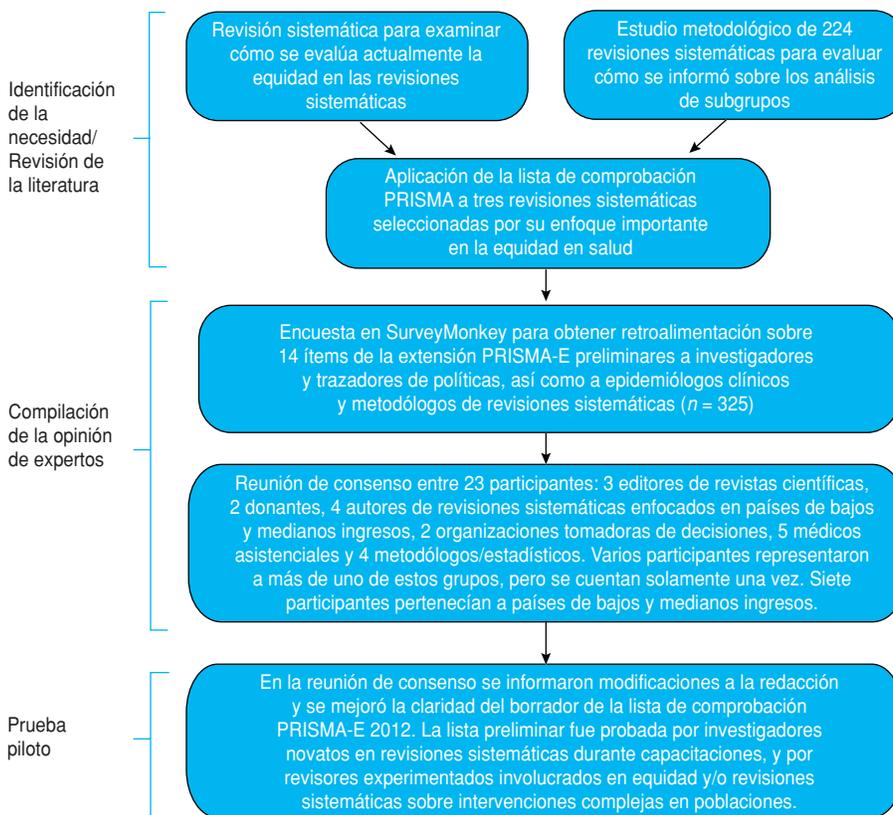
El 9 y 10 de febrero de 2012, 23 participantes asistieron a la reunión de consenso de dos días llevada a cabo en el centro de conferencias Sfondrata de la Fundación Rockefeller en Bellagio, Italia (cuadro S1). El objetivo de dicha reunión fue analizar y alcanzar el consenso respecto a cada elemento o ítem propuesto para su inclusión en la guía PRISMA-E 2012. Esta guía utilizó la declaración y guía PRISMA como punto de partida. PRISMA es un conjunto mínimo de elementos basado en evidencia para escribir y publicar revisiones sistemáticas y metanálisis; sin embargo, actualmente no cuenta con elementos que se relacionen expresamente con la equidad (www.prisma-statement.org) (22).

La reunión se organizó de manera que se maximizara la participación y se minimizaran las presentaciones extensas. A cada participante se le asignó una función para incrementar la participación (cuadro S6). A todos los participantes se les brindaron instrucciones sobre su función antes de la reunión (cuadro S7), se registraron todos los análisis y se tomaron actas detalladas.

Seleccionamos a los participantes de la reunión sobre la base de su experiencia con las revisiones sistemáticas, la diversidad geográfica (priorizamos la representación de los participantes de países de bajos y medianos ingresos) y la representación de las organizaciones que podrían utilizar estas guías para la escritura y la publicación de trabajos científicos.

Los participantes fueron editores de revistas científicas ($n = 3$), financiadores ($n = 2$), autores de revisiones sistemáticas con un enfoque en los países de bajos y medianos ingresos ($n = 4$), organizaciones a cargo de la toma de decisiones ($n = 2$), profesionales de la salud pública o de la atención sanitaria ($n = 5$) y metodólogos/estadísticos ($n = 4$). Varios de los participantes representaban

FIGURA 1. Diagrama de flujo de los métodos utilizados para desarrollar las guías PRISMA-E 2012 para la escritura y la publicación de revisiones sistemáticas centradas en la equidad



a más de uno de estos grupos, pero se contaron solo una vez. Hubo siete participantes de países de bajos y medianos ingresos.

RESULTADOS

Los participantes de la reunión de consenso (en lo sucesivo, “nosotros”) acordamos en primer lugar que las guías para la escritura y la publicación de trabajos científicos en relación con la equidad propuestas debían elaborarse como un documento independiente, dado que no existe una fecha establecida para la actualización de la declaración PRISMA y consideramos que las cuestiones relativas a la equidad en salud son lo suficientemente importantes a nivel mundial como para demandar atención expresa. En segundo lugar, acordamos que los ítems tenían por objetivo centrarse en la descripción de lo hecho y el modo de realizarlo, como con otras guías para la escritura y publicación de trabajos científicos (21).

Los elementos o ítems de extensión relacionados con la equidad propuestos

se muestran en el cuadro 1, columna 2, y los elementos PRISMA originales en la columna de la izquierda. A continuación se resume el fundamento de dichos elementos.

Título (ítem 1): identificar la equidad como un enfoque de la revisión, si fuera pertinente, utilizando el término equidad. Acordamos que es de suma importancia facilitar la identificación de las revisiones centradas en la equidad. Reconocemos que esta no es una práctica habitual. En una búsqueda de todas las revisiones sistemáticas del año pasado, hallamos solo siete que contenían el término equidad en el título (cuadro S8). Por lo tanto, proponemos que todas las revisiones centradas en la equidad, contengan este término en su título.

Resumen estructurado (ítems 2, 2a, 2b): establecer la(s) pregunta(s) de la investigación, presentar los resultados relacionados con la equidad en salud y evaluar su aplicabilidad. Reconocemos que los usuarios finales, tal vez, lean solamente el resumen. En consecuencia, es fundamental que en

el resumen se detallen los efectos sobre la equidad.

Fundamento (ítems 3 y 3a): describir las suposiciones sobre los mecanismos mediante los cuales se asume que la intervención impactará en la equidad en salud y suministrar un marco analítico (si lo hubiera). Consideramos que las revisiones sistemáticas centradas en la equidad requieren definir, *a priori*, de qué manera se prevé que la intervención afectará la equidad en salud, de modo que sea posible probar tales hipótesis. Podría resultar muy útil una representación visual (marco analítico). Por ejemplo, en un marco se podría mostrar la cadena causal (23). Se dispone cada vez más de ejemplos sobre el uso de dichos marcos en las revisiones sistemáticas (24, 25).

Objetivos (ítems 4 y 4A): describir como se definió el término desfavorecido y las preguntas de investigación abordadas. Equidad en salud y desventaja son conceptos normativos; en consecuencia, en la revisión sistemática se debe definir la operacionalización de dichos términos. Se deben establecer expresamente las preguntas de investigación relacionadas con la equidad. Por ejemplo, en una revisión, se definió a las madres desfavorecidas socialmente como las que eran pobres, vivían en un entorno de zonas urbanas deprimidas o eran madres solteras (26).

Métodos (ítems 6 y 6a): suministrar fundamentos de los diseños y los resultados de los estudios elegibles. Es posible que las preguntas relacionadas con la equidad impliquen intervenciones o resultados que no se han examinado mediante evaluaciones aleatorizadas. Por ello, recomendamos que se consideren expresamente diseños de estudios elegibles sobre la base de su utilidad para el objetivo de la revisión (3, 20) y que se informe el fundamento de dichas elecciones. Es necesario que se definan los resultados relacionados con la equidad en salud, dado que podrían implicar diferencias entre los grupos más o menos favorecidos. Asimismo, es necesario adaptar algunos resultados basados en cuestionarios para las personas menos favorecidas. Por ejemplo, en una revisión sistemática de la educación sanitaria culturalmente adecuada, se evaluó la influencia de las herramientas de medición adaptadas a la cultura sobre los resultados del conocimiento a través de un análisis de sensibilidad (27).

CUADRO 1. Lista de comprobación de ítems para informar sobre revisiones sistemáticas centradas en la equidad

Sección	Ítem	Ítem estándar de PRISMA	Extensión para revisiones centradas en la equidad
Título			
Título	1	Identificar el informe como revisión sistemática, metanálisis o ambos.	Identificar la equidad como un enfoque de la revisión, si fuera pertinente, con el término equidad.
Resumen			
Resumen estructurado	2	Ofrecer un resumen estructurado que incluya lo siguiente, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones y repercusiones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	Establecer las preguntas de la investigación relacionadas con la equidad en salud.
	2A		Presentar los resultados de los análisis de equidad en salud (por ej., análisis de subgrupos o metarregresión).
	2B		Describir el alcance y los límites de la aplicabilidad a las poblaciones desfavorecidas de interés.
Introducción			
Fundamento	3	Describir el fundamento de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	Describir las suposiciones sobre los mecanismos mediante los cuales se supone que la intervención impactará en la equidad en salud.
	3A		Suministrar el modelo lógico/marco analítico, si lo hubiera, para demostrar las vías a través de las cuales se supone que la intervención afectará la equidad en salud y de qué manera se desarrolló.
Objetivos	4	Plantear de forma expresa las preguntas que se desea abordar en relación con el concepto de PICOS.	Describir como se definió "desfavorecido", si se utilizó, como criterio de la revisión (por ej., para seleccionar estudios, realizar análisis o juzgar la aplicabilidad).
	4A		Establecer las preguntas de la investigación abordadas en referencia a la equidad en salud.
Métodos			
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión, si es posible acceder a este y dónde (por ej., una dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluido el número de registro.	
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ej., PICOS, duración del seguimiento) y las características del informe (por ej., años abarcados, idiomas, estado de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su fundamento.	Describir el fundamento para incluir diseños de estudios específicos relacionados con las preguntas de investigación sobre la equidad.
	6A		Describir el fundamento para incluir los resultados (por ej., de qué manera son relevantes los resultados para la reducción de la desigualdad).
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ej., bases de datos y fechas de búsqueda, contacto con los autores del estudio para identificar estudios adicionales) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada.	Describir las fuentes de información (por ej., fuentes en materia de salud, no relacionadas con la salud, literatura gris) buscadas que son específicamente relevantes para abordar las preguntas de la revisión sobre la equidad.
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica para, por lo menos, una base de datos, e incluir los límites utilizados, de tal forma que pueda ser replicable.	Describir la estrategia amplia de búsqueda y los términos utilizados para abordar las preguntas de la revisión sobre la equidad.
Selección de estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ej., tamizaje, elegibilidad, inclusión en la revisión sistemática y, cuando corresponda, inclusión en el metanálisis).	
Proceso de recopilación de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej., formularios piloto, por duplicado, de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.	
Ítems de los datos	11	Enumerar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ej., PICOS, fuentes de financiación) y toda suposición y simplificación que se haya hecho.	Enumerar y definir los ítems de los datos relacionados con la equidad, siempre y cuando se hayan buscado dichos datos (por ej., con los PROGRESS-Plus u otros criterios o contextos).
Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo se utilizó esta información en la síntesis de datos.	
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ej., razón de riesgos o diferencia de las medias).	
Síntesis de los resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar los resultados de los estudios, si corresponde, e incluir las medidas de consistencia (por ej., I^2) para cada metanálisis.	Describir los métodos para sintetizar los hallazgos acerca de las desigualdades sanitarias (por ej., con la presentación de diferencias relativas y absolutas entre los grupos).

Continúa

CUADRO 1. (Continuación)

Sección	Ítem	Ítem estándar de PRISMA	Extensión para revisiones centradas en la equidad
Riesgo de sesgo entre los distintos estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulada (por ej., sesgo de publicación o comunicación selectiva dentro de los estudios).	
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), si corresponde, e indicar cuáles se especificaron previamente.	Describir los métodos de enfoques de síntesis adicionales relacionados con las preguntas sobre la equidad, si corresponde, e indicar cuáles se especificaron previamente.
Resultados			
Selección de estudios	17	Indicar el número de estudios seleccionados, evaluados para determinar su elegibilidad e incluidos en la revisión y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo.	
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ej., tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.	Presentar las características poblacionales relacionadas con las preguntas sobre la equidad según los factores de PROGRESS-Plus relevantes o según otros factores de interés.
Riesgo de sesgo dentro de los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del nivel de sesgo en los resultados (véase el ítem 12).	
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado en cada estudio (beneficios o daños), presentar lo siguiente: a) datos de resumen sencillos para cada grupo de intervención; b) cálculos de los efectos e intervalos de confianza, idealmente con un diagrama de bosque.	
Síntesis de los resultados	21	Presentar los resultados de todos los metanálisis realizados, incluidos los intervalos de confianza y las medidas de consistencia.	Presentar los resultados de la síntesis de hallazgos acerca de las desigualdades (véase el ítem 14).
Riesgo de sesgo entre los distintos estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (véase el ítem 15).	
Análisis adicional	23	Indicar los resultados de cualquier análisis adicional, si los hubiera (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión [véase el ítem 16]).	Suministrar los resultados de los enfoques de síntesis adicionales relacionados con los objetivos de equidad, si los hubiera (véase el ítem 16).
Discusión			
Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluida la fortaleza de la evidencia para cada resultado principal; considerar su relevancia para los grupos clave (por ej., proveedores de atención sanitaria, usuarios y responsables de la toma de decisiones).	
Limitaciones	25	Analizar las limitaciones al nivel de los estudios y de los resultados (por ej., riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej., obtención incompleta de las investigaciones identificadas o notificación del sesgo).	
Conclusiones	26	Suministrar una interpretación general de los resultados en el contexto de otra evidencia, y las repercusiones para las investigaciones futuras.	Presentar el alcance y los límites de la aplicabilidad a las poblaciones desfavorecidas de interés y describir la evidencia y lógica subyacentes a dichos criterios.
	26A		Suministrar las repercusiones para la investigación, la práctica o las políticas relacionadas con la equidad, siempre que sean pertinentes (por ej., tipos de investigación necesaria para abordar las preguntas sin respuesta).
Financiación			
Financiación	27	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyo (por ej., aporte de los datos), además de la función de los financiadores en la revisión sistemática.	

Esta lista de comprobación debe leerse junto con la declaración y el documento de explicación y elaboración, siempre que estén disponibles.

PRISMA: Elementos preferenciales para informar sobre revisiones sistemáticas y metanálisis (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

PICOS: participantes, intervenciones, comparaciones, resultados y diseño de los estudios (participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design).

PROGRESS-Plus: lugar de residencia, raza/etnia/cultura/idioma, ocupación, género/sexo, religión, educación, nivel socioeconómico, capital social y factores "adicionales" para indicar otros factores posibles, como estado de enfermedad o discapacidad (*place of residence, race/ethnicity/culture/language, occupation, gender/sex, religion, education, socioeconomic status, social capital, and other possible factors such as disease status or disability*).

Fuentes de información y estrategia de búsqueda (ítems 7 y 8): describir la importancia de las bases de datos y las fuentes relacionadas con la equidad, además de todo término utilizado en referencia a las preguntas que abordan la equidad. Reco-

mendamos realizar una búsqueda amplia de los temas relacionados con la equidad. Las bases de datos no relacionadas con la salud podrían resultar pertinentes (28), al igual que la literatura gris, como tesis e informes no publicados. Cabe observar que

una búsqueda limitada a la equidad podría hacer que se omitan estudios (29), excepto que se validen las estrategias de búsqueda relacionadas con la equidad. Por ejemplo, el filtro Cochrane de Salud Infantil (30), que ha sido validado.

Ítems de datos (ítem 11): enumerar y definir los datos relacionados con la equidad, siempre y cuando se hayan buscado dichos datos. Recomendamos utilizar una lista de comprobación explícita durante el proceso de extracción de datos para evitar pasar por alto datos sobre la equidad en salud. Recomendamos lugar de residencia, raza/etnia/cultura/idioma, ocupación, género/sexo, religión, educación, nivel socioeconómico, capital social y factores “adicionales” para indicar otros factores posibles, como estado de enfermedad o discapacidad (PROGRESS-Plus, siglas en inglés de place of residence, race/ethnicity/culture/language, occupation, gender/sex, religion, education, socioeconomic status, social capital, and other possible factors such as disease status or disability) (20). Cada una de estas características debe ser considerada atentamente en cuanto a su definición y clasificación, además de su interacción con otros elementos contextuales y su influencia en las desigualdades sanitarias. Por ejemplo, no existe un sistema acordado para clasificar la raza, la etnia y la cultura, en particular entre los distintos países (31). El concepto de etnia tiene una dimensión relacional que ayuda a comprender la estratificación social y las exposiciones sociales, y esta dimensión relacional depende del contexto y del entorno (32). La categorización de los individuos de acuerdo con los grupos étnicos podría producir resultados diferentes al compararlos con la clasificación hecha por los propios individuos y también podría tener consecuencias negativas (31). Para cada uno de los elementos de PROGRESS-Plus, es necesario que los autores consideren si las diferencias en materia de salud son evitables y, por tanto se consideran desigualdades en salud. Siempre que sea posible, los autores de las revisiones sistemáticas deben establecer de qué manera se conceptualizó cada elemento de PROGRESS-Plus, la hipótesis sobre cómo afectaría las desigualdades sanitarias y su evaluación. También pueden aplicarse criterios más limitados. Por ejemplo, en una revisión de la alimentación escolar de niños desfavorecidos, se buscaron datos sobre los efectos por nivel socioeconómico o sustitutos del nivel socioeconómico, como el estado nutricional (12).

Síntesis de los resultados (ítem 14): describir los métodos para sintetizar los hallazgos acerca de las desigualdades sanitarias. Desde nuestro punto de vista, una revisión centrada en la equidad debe presentar diferencias relativas y absolutas entre los grupos. Los responsables de la confección

de políticas tienen interés en el impacto absoluto sobre las muertes prevenidas o la morbilidad evitada. Asimismo, el impacto absoluto probablemente sea mayor en los grupos desfavorecidos que tienen más probabilidad de tener un peor estado de salud basal. Por ejemplo, con el uso de la vitamina A para prevenir la morbilidad en niños de entre seis meses y cinco años de edad se encontró una reducción del 24% del riesgo relativo que, en términos absolutos, equivalía a la prevención de 22 muertes cada 1000 en una población de riesgo alto, pero solo 3 muertes cada 1000 en una población de riesgo medio (18).

Análisis adicionales (ítem 16): describir los métodos de síntesis adicionales relativos a las preguntas sobre la equidad. Tal vez se requieran análisis cuantitativos o cualitativos adicionales para responder a las preguntas sobre la equidad; entre ellos se incluyen el análisis de vía causal y evaluaciones de proceso. Por ejemplo, en una revisión de la alimentación escolar se tabularon los efectos de cada estudio según los modificadores de efecto, tales como el tipo de estudio, enmascaramiento de la intervención versus la falta de claridad respecto al enmascaramiento, y energía alta frente a energía baja (12).

Resultados (ítems 18, 21, 23): las revisiones centradas en la equidad deben informar acerca de todas las características poblacionales y los factores contextuales que podrían ser de importancia para la población y la intervención de interés. Consideramos que la guía para la escritura y la publicación debía enfatizar la necesidad de presentar los resultados de todas las síntesis referidas a la equidad, como la metarregresión y los análisis de subgrupos (ítem 21), aunque se carezca de datos. También proponemos un ítem adicional para describir el uso de métodos de síntesis adicionales, como las evaluaciones de proceso o el uso de datos cualitativos para responder las preguntas sobre la equidad (ítem 23).

Conclusiones (ítems 26, 26A): presentar el alcance y los límites de la aplicabilidad a las poblaciones desfavorecidas de interés y las implicancias para la investigación, la práctica o las políticas relacionadas con la equidad. Acordamos que los revisores sistemáticos no pueden emitir su opinión respecto de la aplicabilidad o las implicancias para la práctica y las políticas en cada uno de los entornos posibles. Sin embargo, creemos que es necesario informar de manera explícita acerca de la aplicabilidad de

los hallazgos a las poblaciones desfavorecidas de interés a fin de incrementar su relevancia para los responsables de la toma de decisiones (ítems 26 y 26A). Por ejemplo, en una revisión Cochrane sobre trabajadores sanitarios legos, se sugirieron consideraciones para evaluar la aplicabilidad en distintos entornos, como las características del sistema sanitario y las limitaciones *in situ* (33).

DISCUSIÓN

Hemos desarrollado la guía PRISMA-E 2012 con el objetivo de optimizar la transparencia y la exhaustividad de la escritura y la publicación de las revisiones sistemáticas centradas principalmente en la equidad. Seguimos la orientación reciente sobre las buenas prácticas para el desarrollo de estas guías (21). Este proceso inclusivo y basado en evidencia dio lugar a los 20 elementos adicionales a la declaración PRISMA destinados a mejorar la escritura y la publicación de revisiones sistemáticas centradas en la equidad.

La equidad y la imparcialidad son de vital importancia para la toma de decisiones sobre la atención sanitaria y la asignación de recursos (34). Esta extensión de la declaración PRISMA relacionada con la equidad pone el énfasis en la importancia de mejorar los métodos de escritura y publicaciones relevantes para la equidad en salud, que consideramos mejorarán la base de evidencia para la toma de decisiones centradas en la equidad a lo largo del tiempo.

Hemos planificado varias actividades posteriores a la publicación para incrementar la divulgación y adopción de la guía PRISMA-E 2012, tales como presentaciones en conferencias para llegar a los responsables de la toma de decisiones, a los editores de revistas científicas y a los investigadores, además de estrategias basadas en la web que incluyen, entre otras, seminarios virtuales, un sitio web de acceso libre y Twitter. Los lectores pueden hallar las actividades posteriores a la publicación en el sitio web del grupo Campbell y Cochrane sobre métodos de equidad: www.equity.cochrane.org.

Para fomentar el aval de las revistas científicas, escribiremos a las casi 200 revistas científicas que endosaron la declaración PRISMA para solicitarles que consideren endosar también la guía PRISMA-E 2012, en un lenguaje preciso y asertivo que ha demostrado una manera adopción, como por ejemplo: “[esta

revista científica] requiere completar una lista de comprobación PRISMA-E 2012 como condición para la presentación de revisiones sistemáticas centradas principalmente en la equidad. Le recomendamos que, mientras completa este formulario, considere enmendar su manuscrito para asegurarse de que su artículo cumpla con todas las cuestiones planteadas por la lista de comprobación PRISMA-E 2012, siempre y cuando corresponda. Tomarse el tiempo para asegurarse de que su manuscrito cumpla con las necesidades básicas de escritura y publicación mejorará considerablemente su manuscrito y potencialmente incrementará las posibilidades de ser publicado". De manera similar, nos comunicaremos con las agencias de financiación y con quienes encargan revisiones sistemáticas para recomendarles que utilicen la guía PRISMA-E 2012. Los comités de revisión por pares para la asignación de subvenciones también podrán usar esta guía. Evaluaremos la incorporación de la guía PRISMA-E 2012 determinando el número de revistas que citan estas guías en las instrucciones para los autores. También planificamos evaluar la influencia del respaldo de las revistas (y, posiblemente, otras organizaciones) a la guía PRISMA-E 2012 comparando revistas que respaldan, así como aquellas que no, el informar sobre los ítems de la guía en revisiones sistemáticas enfoca-

das en equidad (PRISMA-E 2012) (35). Nuestro proceso de desarrollo presenta diversas fortalezas, entre ellas, el uso de un proceso inclusivo con aportes de los usuarios destinatarios a través de una encuesta basada en la web y una reunión de consenso. Las principales limitaciones de nuestro enfoque son que algunos términos aún no han sido ampliamente aceptados, como, por ejemplo, "modelo lógico" y "marco analítico". Tampoco existe una definición de "equidad en salud" aceptada a nivel universal. Optamos por emplear la definición de Whitehead, ampliamente utilizada, ya que distingue las diferencias simples en los resultados de aquellos que son desiguales debido a injusticias (4). Reconocemos que nuestra herramienta se limita a mejorar la escritura y la publicación de revisiones que examinan la equidad, más que a mejorar la investigación sobre la equidad o la equidad en salud en sí misma.

A modo de conclusión, esperamos que el uso de esta guía PRISMA-E 2012 mejore tanto la escritura y la publicación de revisiones centradas en la equidad como su elaboración. Con el tiempo, tal vez influya indirectamente en la investigación primaria al identificar la necesidad de nuevos estudios de investigación para responder a las preguntas referidas a la equidad en salud. En consecuencia, esperamos que esta guía contribuya a las

metas de la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (1) al optimizar la base de evidencia sobre la equidad en los resultados de salud, el acceso y el uso de la atención sanitaria.

Agradecimientos. Los autores agradecen a Luis Gabriel Cuervo, Damián Vázquez y Eleana C. Villanueva de la Organización Panamericana de la Salud y a Tomás Pantoja de la Pontificia Universidad Católica de Chile por su desinteresada colaboración para revisar la traducción al español.

Financiamiento. Este trabajo fue financiado por la Rockefeller Foundation y los Canadian Institutes of Health Research (número de subvención KPE 114370), quienes no participaron en el diseño del estudio, la recolección y análisis de los datos, la decisión de publicación o la preparación del manuscrito. La traducción fue financiada por la Red Equator como parte del acuerdo que esta tiene con la Organización Panamericana de la Salud para mejorar la escritura y publicación de las investigaciones en América Latina y el Caribe.

Conflicto de interés. DM es miembro del Comité editorial de *PLOS Medicine*. Los demás autores declaran no tener conflicto de interés.

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Figura S1. Encuesta en SurveyMonkey.

Cuadro S1. Grupo PRISMA-Equity Bellagio.

Cuadro S2. Extensión de la declaración PRISMA relacionada con la equidad.

Cuadro S3. Distribución de la encuesta en línea.

Cuadro S4. Características de los encuestados ($n = 423$).

Cuadro S5. Respuestas a la encuesta en línea.

Cuadro S6. Agenda de la reunión de consenso.

Cuadro S7. Funciones de los participantes.

Cuadro S8. Revisiones sistemáticas que contienen el término equidad en su título (01-08-2011 al 01-08-2012).

REFERENCIAS

- World Health Organization (2011) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil. 19-21 October 2011. Disponible en: <http://www.who.int/sdhconference/en/> Acceso el 26 de septiembre de 2012.
- Bosch-Capblanch X, Lavis JN, Lewin S, Atun R, Rottingen JA, et al. (2012) Guidance for evidence-informed policies about health systems: rationale for and challenges of guidance development. *PLoS Med.* 9: e1001185. doi:10.1371/journal.pmed.1001185.
- Ostlin P, Schrecker T, Sadana R, Bonnefoy J, Gilson L, et al. (2011) Priorities for research on equity and health: towards an equity-focused health research agenda. *PLoS Med.* 8: e1001115. doi:10.1371/journal.pmed.1001115.
- Whitehead M (1992) The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 22: 429-445.
- Sen A (2002) Why health equity? *Health Econ* 11:659-666.
- Moser KA, Leon DA, Gwatkin DR (2005) How does progress towards the child mortality millennium development goal affect inequalities between the poorest and least poor? Analysis of Demographic and Health Survey data. *BMJ.* 331:1180-1182.
- Banerjee A, Duflo E (2011) Poor economics: a radical rethinking of the way to fight global poverty. New York: Public Affairs. 320 p.
- Lavis JN, Rottingen JA, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F, et al. (2012) Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development. *PLoS Med.* 9: e1001186. doi:10.1371/journal.pmed.1001186.
- Panisset U, Koehlmoos TP, Alkhatib AH, Pantoja T, Singh P, et al. (2012) Implementation research evidence uptake and use for policy-making. *Health Res Policy Syst.* 10: 20.
- Petticrew M, Whitehead M, Macintyre SJ, Graham H, Egan M (2004) Evidence for public

- health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers. *J Epidemiol Community Health*. 58:811–816.
11. Lavis JN, Davies HTO, Gruen RL (2006) Working within and beyond the Cochrane Collaboration to make systematic reviews more useful to healthcare managers and policy makers. *Healthcare Policy*. 1:21–33.
 12. Kristjansson EA, Robinson V, Petticrew M, MacDonald B, Krasevec J, et al. (2007) School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged elementary school children. *Cochrane Database Syst Rev*. 1: CD004676.
 13. Thomson G, Hudson S, Wilson N, Edwards R (2010) A qualitative case study of policy maker views about the protection of children from smoking in cars. *Nicotine Tob Res*. 12: 970–977.
 14. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A (2009) SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. *Health Res Policy Syst* 7: S10.
 15. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, et al. (2011) Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 12: CD001871.
 16. Welch V, Smylie JK, Kristjansson E, Brand K, Tugwell P, et al. (2010) What is the role of systematic reviews in tackling health inequity? Ottawa: University of Ottawa.
 17. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, P T (2012) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67: 190–193.
 18. Imdad A, Herzer K, Mayo-Wilson E, Yakoob MY, Bhutta ZA (2010) Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age. *Cochrane Database Syst Rev* 12: CD008524.
 19. Welch V, Tugwell P, Petticrew M, de Montigny J, Ueffing E, et al. (2010) How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. *Cochrane Database Syst Rev*. 3: MR000028.
 20. Tugwell P, Petticrew M, Kristjansson E, Welch V, Ueffing E, et al. (2010) Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *BMJ*. 341: c4739.
 21. Moher D, Schulz KF, Simera I, Altman DG (2010) Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS Med*. 7: e1000217. doi:10.1371/journal.pmed.1000217
 22. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 6: e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
 23. White H (2009) Theory-based impact evaluation: principles and practice. International initiative for impact evaluation. Disponible en: <http://www.3ieimpact.org/en/evaluation/working-papers/working-paper-3/> Acceso el 26 de septiembre de 2012.
 24. Anderson LM, Petticrew M, Rehfuess E, Armstrong R, Ueffing E, et al. (2011) Using Logic models to capture complexity in systematic reviews. *Res Synth Method*. 2:33–42.
 25. Niederdeppe J, Lliang X, Crock B, Skelton A (2008) Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Soc Sci Med*. 67:1343–1355.
 26. Macdonald G, Bennett C, Higgins JPT, Dennis JA (2010) Home visiting for socially disadvantaged mothers (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. 10: CD008784.
 27. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG (2008) Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups. *Cochrane Database Syst Rev*. 3: CD006424.
 28. Ogilvie D, Hamilton V, Egan M, Petticrew M (2005) Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should you go? *J Epidemiol Community Health* 59:804–808.
 29. Pienaar E, Grobler L, Busgeeth K, Eisinga A, Siegfried N (2011) Developing a geographic search filter to identify randomised controlled trials in Africa: finding the optimal balance between sensitivity and precision. *Health Info Libr J*. 28:210–215.
 30. Leclercq E, Loeffel M-MG, van-Dalen E-C (2010) [P121] Validation of a PubMed search filter for identifying studies including children. *Cochrane Colloquium Abstracts Journal*. 18th Cochrane Colloquium and the 10th Campbell Colloquium, Keystone, Colorado, 18–22 October 2010. Disponible en: <http://www.imbi.uni-freiburg.de/OJS/cca/index.php?journal=cca&page=article&op=view&path%5B%5D=9626> Acceso el 26 de septiembre de 2012.
 31. Aspinall PJ (2007) Approaches to developing an improved cross-national understanding of concepts and terms relating to ethnicity and race. *Int Sociol*. 22:41–70.
 32. Ford CL, Harawa NT (2010) A new conceptualization of ethnicity for social epidemiologic and health equity research. *Soc Sci Med*. 71: 251–258.
 33. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, et al. (2010) Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 3: CD004015.
 34. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, et al. (2012) From efficacy to equity: literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. *Cost Eff Resour Alloc*. 10:9.
 35. Turner L, Moher D, Shamseer L, Weeks L, Peters J, et al. (2011) The influence of CONSORT on the quality of reporting of randomised controlled trials: an updated review. *Trials*. 12: A47.

Manuscript received on 29 November 2012. Revised version accepted for publication on 15 March 2013.

ABSTRACT

PRISMA-Equity 2012 Extension: Reporting Guidelines for Systematic Reviews with a Focus on Health Equity

There is a global imperative to tackle national and international health inequities—defined as unfair and avoidable differences in health.

One step in reaching this goal is to improve the rigorous, scientific evidence base on the impacts of policies on inequities in health outcomes, resource allocation, and use. Systematic reviews are increasingly recognized as a valuable source of evidence for both health care and health systems decision making, yet very few systematic reviews report effects on health equity.

We developed consensus-based reporting guidelines for equity-focused systematic reviews in order to help reviewers identify, extract, and synthesise evidence on equity in systematic reviews.

Increased use of these reporting guidelines will help improve the reporting of effects on both inequities in health outcomes and health care use across gender, socioeconomic position, and other characteristics, both in systematic reviews and eventually primary research, thus contributing to the global agenda to improve health equity.