

## Equidad en el desarrollo de guías de práctica clínica<sub>1</sub>

### The concept of equity when developing clinical practice guidelines

Naydú Acosta<sup>1</sup>, Jennifer Pollard<sup>2</sup>, Paola Mosquera<sup>3</sup> y Ludovic Reveiz<sup>4</sup>

1 Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. nacostar@uis.edu.co

2 Asesora en salud Pública. pollardj@flash.net

3 Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Clínicas. Colombia. paolamosquera@gmail.com

4 Organización Panamericana de la Salud PAHO. Colombia. Ludovic\_Reveiz@oxy.com

Recibido 8 Junio 2010/Enviado para Modificación 14 Septiembre 2010/Aceptado 3 Diciembre 2010

#### RESUMEN

Con el objetivo de identificar las metodologías para incorporar las consideraciones de equidad durante el desarrollo de una Guía de Práctica Clínica (GPC) se realizó una revisión sistemática de la literatura. De 940 artículos identificados 24 cumplieron los criterios de selección. No se encontraron artículos metodológicos que describieran o evaluaran una metodología explícita para incorporar las consideraciones de equidad. Algunos estudios dan recomendaciones generales con algunas estrategias de acuerdo a la etapa del desarrollo de las guías. Se consideran factores importantes para la incorporación de consideraciones de equidad: 1. vincular la población objetivo durante todas las fases desarrollo de GPC, 2. el análisis y adaptación al contexto cultural que propendan por la aplicación de intervenciones sin disparidades por barreras culturales y con resultados clínicos más equitativos, 3. considerar los factores psicosociales que podrían afectar la implementación y los resultados de las GPC, 4. considerar las inequidades del sistema de salud en su conjunto de modo que se promueva intervenciones dirigidas a conductas de riesgo y barreras para la salud debidas a factores socioeconómicos. Se concluye que las GPC pueden favorecer la equidad en la atención en salud, si se incorporan los procesos mencionados, mediante la promoción de la estandarización de intervenciones y evitando diferencias innecesarias, evitables o injustas en la cantidad y calidad de la atención.

**Palabras Clave:** Equidad, guías de práctica clínica, revisión (*fuentes: DeCS, BIREME*).

#### ABSTRACT

This systematic literature review sought to identify methodologies and technical strategies emphasising healthcare services and outcomes when incorporating the concept

---

<sup>1</sup> Una versión preliminar fue presentada por los autores en la 5<sup>th</sup> International Conference de la International Society for Equity on Health, realizada en Creta, Grecia, Junio 9-11 de 2009.

of equity into Clinical Practice Guidelines (CPG). 940 references were identified, of which 20 fulfilling the inclusion criteria were selected. While no reports were found describing or evaluating an explicit methodology for incorporating considerations of equity into CPG, some studies revealed related strategies or processes, summarised as follows: 1. Target population involvement during all phases of designing, implementing and evaluating CPG; 2. "Cultural capacity" seen as being necessary in CPGs' "cultural translation" for interventions to have less disparity regarding their application and results; 3. Considering psycho-social factors which could affect implementing CPG, and; 4. Considering system inequities so that any health intervention would also confront risks and obstacles to health care due to socioeconomic status. It was concluded that CPGs could be a potential route for promoting more equitable healthcare effects by standardising health interventions if, by incorporating some of the processes described above, they actively seek to avoid unjust differences in access to and/or the quality of the interventions that they prescribe.

**Key Words:** Equity, practice guideline, review (*source: MeSH, NLM*).

**L**as consideraciones de equidad en los procesos de toma de decisiones sobre la atención en salud son de interés creciente ya que si bien se han presentado progresivas mejorías en la situación de salud y en la esperanza de vida de la población, estas no ocurren con la misma magnitud y ritmo en todos los países, ni en todos los grupos humanos dentro de un mismo país (1,2). Se ha encontrado que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que además presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad (3,4). En ese sentido, se conceptúan como inequidades en salud aquellas diferencias o desigualdades -entre regiones, subgrupos poblacionales o sociales- consideradas evitables e injustas (5,6). La equidad en el acceso, la utilización y el financiamiento implican que los beneficios de los servicios de salud son distribuidos de acuerdo con la necesidad de la población y su condición de salud y no por otros factores como la ubicación geográfica (urbana/rural), el género, la edad, el grupo étnico, el ingreso económico o el tener o no un seguro que cubra la atención de salud (7).

Amartya Sen sugiere que la equidad en salud implica que todos deben tener una oportunidad justa con igualdad de condiciones para lograr el máximo potencial de salud, desarrollando el pleno potencial de las capacidades, y que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo (8). Aunque los juicios de valor sobre que situaciones se pueden considerar como injustas pueden variar de una sociedad a otra, el criterio primordial es la evitabilidad o posibilidad que una alternativa favorezca el mayor potencial posible de mejoramiento de salud para

la población, sin diferencias. Teniendo en cuenta que el sistema sanitario y sus instituciones, son mediadores en las consecuencias diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas, su rol es fundamental por la vía de analizar y garantizar el acceso equitativo a la asistencia médica y promover acciones para disminuir las desigualdades evitables e injustas (9, 10).

En los sistemas de salud se ha incrementado significativamente el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC), las cuales son declaraciones desarrolladas sistemáticamente que ayudan en la toma de decisiones clínicas y en la salud, al determinar los estándares de las “mejores prácticas” sobre la base de una evaluación exhaustiva de la evidencia actual (11,12). Las GPC se integran a los sistemas de salud en general, y al Sistema General de Seguridad en Salud en Colombia en particular (13), como herramientas relevantes para los sistemas de garantía de calidad (14), al estar dirigidas a fomentar la estandarización de la atención médica e integrar los mejores desarrollos en conocimientos y tecnología médica, con criterios de calidad, eficiencia y recientemente con la inclusión de las consideraciones de equidad para la atención.

Las GPC deberían favorecer la equidad en la atención clínica, al promover la estandarización de intervenciones y evitar diferencias en la cantidad y calidad en la atención en salud innecesarias, evitables o injustas, como aquellas diferencias asociadas a la capacidad de pago de los pacientes o juicios de valor diferentes a la necesidad de la población. En este contexto, el objetivo de este estudio fue desarrollar una revisión sistemática para generar recomendaciones sobre la incorporación de consideraciones de equidad en las GPC.

## MÉTODOS

La búsqueda de evidencia se realizó en la bases de datos PubMed® (National Library of Medicine de los Estados Unidos, a partir 1966 a noviembre de 2008) (15), y BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe especializado en Información en Ciencias de la Salud, la cual contiene las siguientes bases: Cochrane, LILACS, SCIELO, el catálogo PAHO y WHOLIST, disponible desde 1967 a noviembre de 2008) (16). Además se consultaron diversas páginas Web de instituciones desarrolladores de GPC.

Los términos de búsqueda en inglés y su correspondiente traducción a español, adaptados a las diferentes bases fueron: guideline, practice guideline, health planning guidelines, clinical guidelines AND equity, fair, equal\*, inequit\*.

equitab\*, disparities, unfair, unjust\*, health status indicator, equity indicators, concentration index, social class, ethnic, racial disparities, ethnic disparities, gender disparities, indigenous health, religión, rural population.

Se incluyeron en la revisión artículos en idioma inglés, español y portugués que aportaran a las temáticas relacionadas con las preguntas de la investigación. Los listados de referencias relevantes para incluir en la revisión fueron seleccionados por tres investigadores (NA, JP, PM). Se evaluó la calidad de los estudios y se determinó la fuerza de la recomendación y el nivel de evidencia adaptando la propuesta de Daly (17) y Goldsmith (18), y del grupo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (19). Los estudios con una calidad de evidencia aceptable, buena o muy buena fueron incluidos. Los resultados del proceso de extracción de información fueron resumidos de manera narrativa.

## RESULTADOS

Se identificaron 940 artículos, los cuales se evaluaron inicialmente por título para determinar si se relacionaban con el objetivo y preguntas de la revisión, con lo cual se obtuvo un listado preliminar de 37 referencias, de las cuales después de la revisión del resumen se incluyeron finalmente 24 en el presente análisis, por encontrarse relevantes y con calidad adecuada.

Se identificaron diversos estudios de análisis y revisiones sobre equidad y la elaboración de directrices sanitarias, de los cuales solo uno es una revisión sistemática y está enfocada a la evaluación económica en particular (20). Se encontraron principalmente revisiones no sistemáticas de literatura que fundamentan desarrollos conceptuales y propuestas generales sobre como incorporar consideraciones de equidad (21-23); y algunas revisiones fueron específicas sobre el abordaje de disparidades raciales o étnicas para las intervenciones y atención en salud (24-26).

### Métodos para incorporar consideraciones de equidad

No se encontraron artículos metodológicos con el desarrollo y evaluación rigurosa de metodologías explícitas para incorporar consideraciones de equidad en las GPC. Algunos estudios dan recomendaciones generales con algunas estrategias de acuerdo a la etapa del desarrollo de las guías, como se detalla a continuación.

### Etapas del desarrollo de GPC en que es pertinente incluir consideraciones de equidad

Pocos estudios hacen énfasis en incorporar consideraciones de equidad durante todas las etapas de desarrollo, implementación y evaluación de las GPC (21,23,27), algunos destacan principalmente su incorporación en las etapas de priorización y selección de temas (20), sugiriendo que se deben considerar los eventos de salud más frecuentes en poblaciones en desventaja social (22,28). Un estudio hace énfasis en que se deberían incluir las consideraciones de equidad mediante la identificación de efectos diferenciales para subgrupos poblacionales vulnerables durante la etapa de generación de recomendaciones (29), y otros estudios sugieren definir estrategias específicas para promover la equidad en la fase de implementación, teniendo en cuenta los subgrupos vulnerables durante el seguimiento y evaluación de las GPC (30-32).

### Estrategias, técnicas, instrumentos, indicadores y criterios para incluir consideraciones de equidad

Algunos autores proponen realizar una revisión de literatura rigurosa, la cual incluya evidencias de reportes o estudios poblacionales de línea de base de las inequidades y disparidades entre subgrupos poblacionales para los eventos de salud a los que se dirigen las GPC. Sassi, Dans y colaboradores (20,23), enfatizan en la importancia de describir las características de las poblaciones que se involucrarían en las intervenciones, registrar si se presentan efectos diferenciales por subgrupos de población, y hacer comparaciones de los resultados previstos para las diferentes alternativas para esos subgrupos. En términos prácticos esto también implica incluir y aplicar los valores y preferencias sociales particulares antes de realizar compromisos o tomar decisiones tales como la priorización de intervenciones que compiten por la distribución de recursos en las evaluaciones económicas. Las evaluaciones que se recomiendan más adecuadas, cuando los efectos distributivos de las decisiones pueden generar resultados diferenciales en salud, son aquellas que incorporan la visión de equidad, tales como los análisis de costo-utilidad, o las evaluaciones económicas de costo beneficio social.

Otros autores recomiendan el análisis de los resultados en la implementación de las GPC, estratificando por subgrupos para identificar brechas en la aplicación de la guía según proveedor o institución, con el propósito de generar correctivos en las prácticas institucionales según esta retroalimentación. Cabana (26) propone que el proceso de adhesión de las GPC, debería promover la igualdad

en su aplicación. En este sentido, otros autores sugieren que la medida de variación en la adhesión a la GPC por etnia puede ser un excelente método de detección y vigilancia de las disparidades raciales y étnicas en la implementación de las GPC (33,25). Aunque no se proponen indicadores de equidad específicos, se destaca que este proceso de incorporación debe estar apoyado por análisis de los datos demográficos que muestren las diferencias o inequidades en la atención, los resultados y la calidad de la atención.

Unos autores promueven el uso indicadores a partir de estudios específicos y datos locales para poblaciones definidas para apoyar el proceso del desarrollo e implementación y posterior evaluación de la GPC (28,34). Los estudios sugieren que los indicadores que se incluyan no deben ser solo basados en las estadísticas vitales nacionales, y se recomienda generarlos a partir de la población objeto en el ámbito local, definiendo subgrupos por raza o etnia, género y otros indicadores de desigualdad (33). Se advierte que el análisis de disparidades con solo uno de los factores, tal como la raza (35) o la ruralidad (36), sin tener en cuenta los efectos de otras variables como nivel socioeconómico, el sexo y la edad, puede generar resultados que no sean representativos de la realidad.

Resultados de los procesos de incorporación de las consideraciones de equidad.

Son pocos los estudios que aportaron evidencia sobre la relación entre la elaboración y aplicación de las GPC y la obtención de resultados equitativos en salud o en los servicios de salud (30,34). Algunos autores tienen la perspectiva de que las diferencias raciales en los resultados en salud dan indicios de que las mejores prácticas clínicas, como las incluidas en las GPC, no se siguen; en otras palabras la baja adherencia a las guías es un factor que genera diferencias y disparidades en la atención en salud (30,32,37,38). Como solución se propone la definición de planes y estrategias para fomentar la aplicabilidad, la aceptabilidad social y la adherencia. Se recomienda en el desarrollo de las GPC incluir estrategias que fomenten la aplicabilidad y transferibilidad organizacional, tales como la medición del desempeño (como perfiles de rendimiento de los médicos), medidas de control permanente a través del método de mejora continua de la calidad y estrategias de corrección de prácticas de no adherencia a las guías (27).

Recomendaciones de los procesos más útiles para incorporar consideraciones de equidad

### 1. Participación

Diversos estudios citan la importancia de la participación directa de la comunidad y las organizaciones comunitarias en el diseño e implementación de las GPC para desarrollar estrategias culturalmente relevantes y sostenibles (24,25). Cooper propone identificar los grupos objetivos; identificar y garantizar el compromiso y la colaboración comunitaria de todas las partes interesadas, como estrategias para facilitar la transferencia de las recomendaciones de la guía y promover la aplicación equitativa mediante planes estratégicos dirigidos a disminuir las disparidades que definan resultados mensurables (27,39,41).

### 2. Capacidad o adaptación cultural

Esta perspectiva genera recomendaciones sobre cómo evaluar la relación clínica individual entre el proveedor y el paciente y cambiar el comportamiento de los proveedores o instituciones de salud en la fase de implementación y el seguimiento de las GPC, la creación de capacidad cultural y el mejoramiento de las habilidades comunicativas. Por ejemplo, Engrebretson y colaboradores (40) plantean que el encuentro clínico es el momento en el cual los valores y las creencias del paciente y el médico son compartidos, y entra en juego la interacción cultural. La atención en salud que es “culturalmente capaz” depende de un proveedor que puede adaptarse a las señales culturales presentes en el encuentro clínico mediante estrategias de comunicación interpersonal. Así, Washington, Owen y colaboradores enfatizan en la importancia de la capacidad lingüística de los trabajadores en salud con respeto al estilo de comunicación y las características de los pacientes, y se sugieren que en casos específicos es importante disponer de intérpretes oficiales. Estos autores concluyen que la capacidad cultural es un proceso necesario para traducir las GPC en aplicación de intervenciones sin disparidades y con resultados clínicos más equitativos (27,41).

### 3. Consideraciones de factores psicosociales

También existen investigaciones sobre la incorporación de factores psicosociales a las GPC y la necesidad de realizar modificaciones para ajustar las guías a las necesidades de los sub-grupos en desventaja. Por ejemplo, el estudio de Giacomini y colaboradores (42) identifica cuáles de los criterios incluidos en las GPC sobre la selección de pacientes para los procedimientos cardíacos son psicosociales. Reconoce que las preguntas no biomédicas pueden ser clínicamente importantes en la selección de los pacientes de manera integral,

para comprender sus necesidades especiales y capacidades, y para considerar los posibles riesgos y beneficios de un procedimiento. Sin embargo, pueden ser éticamente controvertidos cuando se utilizan para determinar el acceso de los individuos a tecnologías escasas que están en gran demanda. Este estudio recomienda que el formato en que se presentan los criterios psicosociales en las GPC debe describir cada problema psicológico, explicar su importancia y relación con un fundamento biológico, y utilizar una terminología clara que pueda sugerir los criterios más fiables y válidos para evaluar de manera justa los candidatos para las intervenciones.

#### 4. Consideraciones de inequidades a nivel sistémico

En contraste con los anteriores planteamientos, otro cuerpo de investigaciones toma la posición de centrarse en los determinantes sociales y las acciones del sistema de salud, y analizar los procesos en los cuales las GPC pueden facilitar la reducción de las desigualdades (21). En esta perspectiva, las GPC deben alinearse con el sistema de salud para mejorar el acceso equitativo y la aceptabilidad de los servicios, aumentar el apoyo social y multidisciplinario para los grupos vulnerables, y la formulación de programas de promoción y prevención basados en la comunidad (21). Otros estudios reiteran la necesidad de actuar en varios niveles de la organización sanitaria para eliminar las disparidades raciales-étnicas, y enfatizan en la relevancia de considerar las implicaciones financieras de implementar la GPC (27,38).

Giacomini y Oxman enfatiza que para la implementación equitativa de las GPC se requiere identificar los factores favorecedores y los obstáculos para la aplicación, e identificar los cambios requeridos en las organizaciones del sistema y las instituciones de salud, así como en los aspectos del contexto (condicionantes políticos, normativos y culturales) (22,42). Según Owen (27), las GPC deberían elaborarse mediante un riguroso método que extrae, interpreta y pesa la literatura que apoya las recomendaciones; y finalmente deberían ser incorporadas con un conjunto de medidas de desempeño clínico que incluyen una difusión activa. La diseminación de la guía debe incluir la aprobación y el reconocimiento por los líderes de opinión y asociaciones locales. Para afectar un cambio positivo en el comportamiento médico es importante la aplicación de perfiles de rendimiento de médicos individuales, revisión de prácticas en instituciones con herramientas no punitivas, ofreciendo comentarios constructivos. Bailie a su vez propone que las GPC deben incluir mecanismos administrativos para su implementación y seguimiento que favorezcan explícitamente a las poblaciones vulnerables, como por ejemplo: definir planes de implementación y estrategias facilitadoras, entrenamiento, incorporación en sistemas clínicos automatizados,

asignación de recursos (alineamiento de incentivos), seguimiento y evaluación de la implementación mediante auditorías (43).

De acuerdo con el consenso del grupo Australiano (21), para incluir consideraciones de equidad se requieren tres pasos:

- Búsqueda de evidencia de barreras o limitación de la capacidad o oportunidades para alcanzar iguales ganancias en salud para diversos subgrupos de población y posición socioeconómica asociada a factores como el género, el grupo étnico, la educación, la ocupación, el empleo, el ingreso, el área de residencia, el estilo de vida y las condiciones de la vivienda.
- Búsqueda de literatura sobre intervenciones para enfrentar las barreras y mejorar las oportunidades para alcanzar las mayores ganancias en salud.
- Síntesis de la evidencia identificada en los pasos anteriores para desarrollar recomendaciones que contribuyan a asegurar la equidad en los diversos gradientes de posición socioeconómica, mediante disminución de las barreras identificadas.

Al respecto de lo anterior y a pesar de que históricamente los ensayos clínicos controlados (ECC) han sido identificados como la fuente de información más confiable para tomar decisiones, el estudio Australiano (21), destaca los problemas inherentes de extrapolar los resultados de nivel de evidencia I y II a las poblaciones en desventaja, razón por la cual no resultan tan útiles a la hora de hacer análisis de equidad. La principal razón es que los ECC utilizan con frecuencia poblaciones homogéneas y analizan los efectos de intervenciones sencillas y únicas. Por razones prácticas que incluyen la accesibilidad, la disponibilidad y conveniencia, los ECC a menudo excluyen grupos como las personas con co-morbilidades, mayores de edad, mujeres, personas en condición de pobreza o con mayor riesgo de complicaciones y con una esperanza de vida limitada. La falta de representación así de las sub-poblaciones en los ECC significa que el impacto potencial de la intervención sobre estos grupos sigue siendo desconocido. Por eso, estos autores recomiendan desarrollar diferentes guías para los distintos grupos sociales, una toma de decisiones participativa, la construcción de capacidades en la comunidad, la realización de evaluaciones de impacto y el aumento del reconocimiento por parte de los trabajadores de salud de la necesidad de trabajar en equipos multidisciplinarios. Aunque implica dilemas éticos y políticos cuando los subgrupos poblacionales reciben diferentes servicios.

Se concluye que las GPC favorecen la equidad en la atención clínica, al promover la estandarización de intervenciones y evitar diferencias en la cantidad y calidad en la atención en salud innecesarias, evitables o injustas, como aquellas diferencias asociadas a la capacidad de pago de los pacientes o juicios de valor diferentes a la necesidad de la población, razón por la cual se considera pertinente que en el desarrollo de GPC, incluyan en las diversas etapas los efectos que las recomendaciones tendrán desde el punto de vista de la equidad. Las estrategias para incorporar la equidad en GPC deben partir de considerar en la fase de priorización y selección de los temas los eventos de salud más frecuentes en las poblaciones en desventaja social, posteriormente compilar evidencias de desigualdades basales para que en la etapa de generación de recomendaciones se consideren los efectos diferenciales para los grupos vulnerables, y finalmente, en la fase de implementación se usen mecanismos para asegurar la aplicabilidad real (identificar restricciones de la normatividad), generar aceptabilidad social (armonizando con los valores sociales de la población), fomentar la adherencia y la atención sin discriminación y acorde solo con las necesidades de los pacientes ♦

#### REFERENCIAS

1. Castillo-Salgado C, Loyola E, Roca A. Desigualdades en la Mortalidad Infantil en la Región de las Américas: Elementos Básicos para el Análisis. *Boletín Epidemiológico*. 2001; 22(2):4-7.
2. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 12(6): 398-414.
3. Anand S, Diderichsen F, Evans T, Shkolnikov V, Wirth M. Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: OPS, 2002.
4. Alleyne GAO, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 12(6): 388-397.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22(3): 429-445.
6. Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health*. 2002; 1(1): 1.
7. Leighton C, Maceira D. Guía básica de política: toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud. Washington DC: LACRSS; 1999. P. 8-10.
8. Sen A. Porque la equidad en salud. *Rev. Panamericana de salud pública*. 2002; 11(5/6): 302-307.
9. WHO. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health - Final Report. Geneva: WHO; 2008.
10. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58: 655-658.

11. National Institute for Clinical Excellence [Internet]. Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers. London: National Institute for Clinical Excellence. Update 2008. Disponible en: [www.nice.org](http://www.nice.org) Consultado en: noviembre de 2008.
12. Oxman AD, Fretheim A, Schünemann HJ. Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. *Health Research Policy and Systems*. 2006; 4 (1): 1-12.
13. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994. Por el cual se establece el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (MAPIPOS).
14. Ministerio de la protección social. Decreto Nacional 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad en Salud.
15. National Library of Medicine [Internet]. PubMed. Disponible en [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/). Consultado: noviembre de 2008.
16. Biblioteca virtual de salud. Disponible en: [www.bireme.br/php/index.php?lang=es](http://www.bireme.br/php/index.php?lang=es) Consultado en noviembre de 2008.
17. Daly J, Willis K, Small R, Green J, Welch N, Kealy M, et al. A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):43-49.
18. Goldsmith MR, Bankhead CR, Austoker J. Synthesising quantitative and qualitative research in evidence-based patient information. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:262-270.
19. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-926.
20. Sassi F, Archard L, Le Grand J. Equity and the economic evaluation of healthcare. *Health Technol Assess*. 2001; 5:1-138.
21. NHMRC. Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2002.
22. Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Res Policy Syst*. 2006; 4: 24.
23. Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, Dennis R, Kang D. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007; 60 (6):540-546.
24. Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural competency. *J Cult Divers*. 2006;13(1):3-9.
25. Smith WR, Betancourt JR, Wynia MK, Bussey-Jones J, Stone VE, Phillips CO, Fernandez A, Jacobs E, Bowles J. Recommendations for teaching about racial and ethnic disparities in health and health care. *Ann Intern Med*. 2007;147(9):654-665.
26. Cabana MD, Flores G. The role of clinical practice guidelines in enhancing quality and reducing racial/ethnic disparities in paediatrics. *Paediatric respiratory reviews*. 2002, 3 (1): 52-58.
27. Owen WF Jr, Szczech LA, Frankenfield DL. Healthcare system interventions for inequality in quality: corrective action through evidence-based medicine. *J Natl Med Assoc*. 2002; 94(8 Suppl): 83S-91S.
28. Black C, Peterson S, Mansfield J, Thiliveris M. Using population-based data to enhance clinical practice development. *Medical Care*. 1999; 37(6): JS254-JS263.
29. Virani S, Strong D, Tennant M, Greve M, Young H, Shade S, Kanji M, Toth E. Rationale and implementation of the SLICK project: Screening for Limb, I-Eye, Cardiovascular and Kidney (SLICK) complications in individuals with type 2 diabetes in Alberta's First Nations communities. *Can J Public Health*. 2006; 97(3):241-247.

30. Stotland N, Gunderson E, Bryant A, Cheng Y, Caughey A. Pregnancy weight gain outside iom guidelines - Disparities by maternal race/ethnicity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008; 199 (6):S101-S101.
31. Sheikh K, Bullock CM, Jiang Y, Ketner SD. Adherence to guidelines for and disparities in diabetes care utilization in Medicaid children. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism*. 2008; 21 (4): 349-358.
32. James TM, Greiner KA, Ellerbeck EF, FENA C, Ahluwalia JS. Disparities in colorectal cancer screening: a guideline-based analysis of adherence. *Ethnicity & disease*. 2006; 16 (1): 228-233.
33. Mensah GA. Eliminating disparities in cardiovascular health: six strategic imperatives and a framework for action. *Circulation*. 2005;111(10):1332-1336.
34. Long JA, Chang VW, Ibrahim SA, Asch DA. Update on the health disparities literature. *Ann Intern Med*. 2004; 141:805-812.
35. Zell JA, Rhee JM, Ziogas A, Lipkin SM, Anton-Culver H. Race, socioeconomic status, treatment, and survival time among pancreatic cancer cases in California. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007; 16(3):546-552.
36. Smith KB, Humphreys JS, Wilson MGA. Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Austr J rural Health*. 2008; 16:56-66.
37. Abraham N, Wan F, Montagnet C, Wong YN, Armstrong K. Decrease in Racial Disparities in the Staging Evaluation for Prostate Cancer After Publication of Staging Guidelines. *The Journal of Urology*. 2007; 178 (1): 82-87.
38. Pearlman DN, Averbach AR, Zierler S, Cranston K. Disparities in prenatal HIV testing: evidence for improving implementation of CDC screening guidelines. *Journal of the National Medical Association*. 2005; 97 (7 Suppl): 44-51.
39. Cooper LA, Hill MN, Powe NR. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med*. 2002;17: 477-486.
40. Engrebretson, J, Mahoney J, Carlson ED. Cultural Competence in the Era of Evidence-Based Practice. *J Prof Nurs*. 2008; 24: 172-178.
41. Washington D. Transforming clinical practice to eliminate racial-ethnic disparities in healthcare. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(5):685-691.
42. Giacomini MK MK, Cook DJ, Streiner DL, Anand SS. Guidelines as rationing tools: a qualitative analysis of psychosocial patient selection criteria for cardiac procedures. *Canadian Medical Association Journal*. 2001;164(5):634-640.
43. Bailie RS, Togni SJ, Si D, Robinson G, d'Abbs PH. Preventive medical care in remote Aboriginal communities in the Northern Territory: a follow-up study of the impact of clinical guidelines, computerized recall and reminder systems, and audit and feedback. *BMC Health Serv Res*. 2003; 3(1):15.