

## Assessment

**Cite this article:** Pichon-Riviere A, Augustovski F, Garcia-Marti S, Alcaraz A, Alfie V, Sampietro-Colom L (2021). Mecanismos de identificación y priorización de las tecnologías sanitarias a ser evaluadas por las Agencias de ETESA para decisiones de cobertura en Latino America. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 37, e81, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0266462321000519>

### Author for correspondence:

Andres Pichon-Riviere (IECS)

Email: [apichon@iecs.org.ar](mailto:apichon@iecs.org.ar)

Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, EMILIO RAVIGNANI 2024 (C1414CPV)

BUENOS AIRES – ARGENTINA

TEL/FAX: (+54-11)4777-8767

# Mecanismos de identificación y priorización de las tecnologías sanitarias a ser evaluadas por las Agencias de ETESA para decisiones de cobertura en Latino America

*(Identification and selection of health technologies for assessment by agencies in support of reimbursement decisions in Latin America)*

Andrés Pichon-Riviere<sup>1</sup>, Federico Augustovski<sup>1</sup>, Sebastián Garcia-Marti<sup>1</sup>, Andrea Alcaraz<sup>1</sup>, Verónica Alfie<sup>1</sup> and Laura Sampietro-Colom<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Buenos Aires, Argentina and <sup>2</sup>Unidad de Evaluación Innovaciones y Nuevas Tecnologías. Dirección Investigación&Innovación.Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, Spain.

## Resumen

**Objetivo.** Ningún sistema de salud cuenta con los recursos necesarios para evaluar todas las tecnologías. Contar con un proceso claro para priorizar qué tecnologías serán evaluadas por las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) constituye un principio de buena práctica reconocido a nivel internacional. El objetivo del Foro de Políticas en Latino América (LatamPF) 2020 de *Health Technology Assessment International* fue explorar cómo puede mejorarse la forma en que las agencias de ETESA de Latino América identifican y priorizan las tecnologías a ser evaluadas.

**Métodos.** Este manuscrito está basado en un documento base, una encuesta, y en el trabajo deliberativo realizado por los miembros (cuarenta y seis participantes, once países) que participaron del LatamPF, a través de la metodología design-thinking.

**Resultados.** Los participantes coincidieron en que la falta de mecanismos claros de priorización trae como consecuencia una falta de legitimidad de las decisiones y procesos de ETESA, que son percibidos como poco transparentes y demasiado expuestos a presiones políticas o de grupos de interés. También se identificaron barreras y acciones para mejorar los mecanismos de priorización de ETESA en América Latina. Los criterios identificados como más importantes para ser tenidos en cuenta por las agencias de ETESA de la región al momento de priorizar una tecnología para ser evaluada fueron la carga de enfermedad, el potencial beneficio clínico, la alineación con prioridades de salud nacionales, el potencial impacto en la equidad, ausencia de otras alternativas para los pacientes, y el potencial impacto económico.

**Conclusiones.** Los participantes del Foro coincidieron en que el establecimiento de procesos transparentes de priorización es un elemento clave para todos los sistemas de salud. Las mejoras en este proceso fortalecerán la ETESA en Latino América y darán mayor legitimidad a sus decisiones.

## Introducción

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) es un proceso multidisciplinario que utiliza metodologías explícitas para determinar el valor de las tecnologías sanitarias a lo largo de su ciclo de vida<sup>1</sup>. Esta información es utilizada por los sistemas de salud para tomar decisiones que afectan la forma en que se asignan los recursos sanitarios, por ejemplo la decisión de incorporar o no una tecnología sanitaria al paquete de beneficios o decidir la compra de nuevo equipamiento diagnóstico.

En general la ETESA se encuentra más sólidamente establecida -y también desde hace más tiempo- en los países de altos ingresos que en los países de bajos y medianos ingresos. Esto incluye países de Latino América, donde su nivel de desarrollo y uso es heterogéneo.<sup>2–5</sup>

Los recursos son siempre limitados, por lo que ni siquiera los países más ricos cuentan con la capacidad para incorporar -o incluso evaluar- todas las tecnologías potencialmente efectivas<sup>6</sup>. Por estos motivos, siempre será necesario definir prioridades acerca de qué tecnologías deben ser evaluadas, más aún en países de bajos y medianos ingresos, donde habitualmente

los recursos para llevar adelante los procesos de ETESA son más escasos. En este contexto, la selección de las tecnologías que serán evaluadas y consideradas para su cobertura y/o inclusión en paquetes de beneficios podría provocar serias distorsiones en la toma de decisión sobre la utilización de los recursos sanitarios si no existen mecanismos claros y explícitos que guíen al proceso de priorización.<sup>7</sup> Esta primera selección de tecnologías a evaluar, podría llegar a ser más influyente que el resultado de la posterior evaluación en sí misma. A ello se añade la necesidad de utilizar de manera eficiente o costo-efectiva los recursos dedicados a la evaluación; es decir preguntarse qué evaluaciones tendrán un potencial de ofrecer el mayor beneficio en relación con el costo que implica hacer la evaluación.<sup>6,7</sup> Por estos motivos, la necesidad de establecer prioridades sobre qué tecnologías deben ser evaluadas no es un tema nuevo ni menor para la comunidad de ETESA.

Aunque hay algunos elementos relativamente comunes al proceso de priorización, desarrollados a lo largo del tiempo por las agencias de ETESA a nivel global, no hay dos países, agencias o sistemas de salud en el mundo que lo realicen de una única o igual manera; ni tampoco utilizan en todos los casos los mismos criterios.<sup>6,8,9</sup> Esta situación probablemente se deba a diferencias en los contextos sanitarios que llevan a considerar procesos y contenidos del sistema de priorización acordes con los valores y las características de sus sistemas de salud.

Desde hace dieciséis años Health Technology Assessment International (HTAi) organiza el Foro Global de Políticas de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Policy Forum) cuyo objetivo es proporcionar un espacio neutral donde discutir estratégicamente el estado actual de la ETESA, su desarrollo, y sus implicancias para el sistema de salud, la industria, los pacientes y otras partes interesadas.<sup>10,11</sup> En el año 2016, en Costa Rica, se realizó el primer Foro Latino Americano.<sup>5</sup> Allí se trabajó sobre los principios de buena práctica que debía seguir la ETESA en la región; y la existencia de mecanismos claros para priorizar las evaluaciones a ser realizadas por las agencias de ETESA fue uno de los principios identificados por los países como prioritarios para ser mejorado y profundizado en Latino América.

En este artículo se presentan los resultados principales del Quinto Foro Latino Americano, (2020) cuyo objetivo principal fue explorar cómo puede mejorarse la forma en que las agencias de ETESA de Latino América identifican y priorizan las tecnologías a ser evaluadas. No es un documento de consenso formal de los participantes, por lo que no debe interpretarse necesariamente como representativo de las visiones de los participantes o de las organizaciones en las que éstos trabajan.

## Métodos

La secretaría científica elaboró un “documento base” sobre los mecanismos que existen a nivel internacional para priorizar las tecnologías a ser evaluadas.<sup>12</sup> Este documento fue informado por literatura científica y literatura gris a través de una búsqueda no estructurada basada en publicaciones clave recientes y discusiones mantenidas con los miembros del comité organizador del Foro. A su vez, se revisaron documentos y sitios Web de las agencias de ETESA y gobiernos con el fin de identificar los mecanismos utilizados para identificar y priorizar las tecnologías a ser evaluadas en una serie de países seleccionados (Alemania, España, Inglaterra y Tailandia). De esta forma hubo representación de países de altos y medianos ingresos con diversos sistemas de priorización. Este documento base tuvo como objetivo primario nivelar el conocimiento entre los participantes

al Foro, armonizar definiciones de términos clave y contribuir a facilitar las discusiones que se llevarían a cabo durante el encuentro presencial.<sup>12</sup>

Adicionalmente, y con el objetivo de contar con información básica sobre la situación en la región, se realizó una encuesta a los representantes de los países participantes del LatamPF sobre las características de los procesos de priorización en las agencias de ETESA de sus respectivos países.

Este Quinto Foro se llevó a cabo en forma virtual en octubre de 2020 durante tres días consecutivos con una duración de 2.5 horas cada día. Contó con un total de cuarenta y seis participantes; once representantes de agencias de ETESA; seis representantes de financiadores públicos, de la seguridad social y privados; quince representantes de la industria (de fármacos, equipos médicos y test diagnósticos); dos representantes de la Organización Panamericana de la Salud; dos representantes de asociaciones de pacientes; cuatro representantes de HTAi; y seis académicos, organizadores e integrantes de la secretaría científica del evento. En total estuvieron representados once países de la región: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Perú y Uruguay. En la sección de agradecimientos se detalla la lista de los participantes, sus filiaciones y países. El formato del encuentro incluyó presentaciones magistrales, trabajos de grupo (cuatro grupos), y discusiones plenarias.

El primer día del evento tuvo como objetivo introducir el tema de identificación y priorización de tecnologías para procesos de ETESA desde una perspectiva internacional y regional, contando con la visión de diferentes actores. Se presentó y discutió el sistema de priorización para evaluar tecnologías en un país que cuenta con agencias regionales de ETESA (España) donde coexisten diferentes esquemas de priorización; se presentó una visión internacional analizando la experiencia de diferentes países del mundo; y se analizó la experiencia en un país de la región, Brasil. Además, se compartieron las perspectivas de un representante de la industria de medicamentos y dispositivos y de un representante de los pacientes.

Durante los dos días siguientes, se realizaron una serie de actividades grupales de trabajo adaptadas al formato virtual y basadas en una forma abreviada de la metodología de discusión y debate de tipo *design thinking* que consiste en un conjunto de procesos cognitivos, estratégicos y prácticos utilizados para redefinir problemas y crear soluciones innovadoras.<sup>13,14</sup> Los participantes se dividieron en grupos, equilibrados en términos de países y partes interesadas representadas. Después de cada actividad de grupo, los resultados fueron presentados y debatidos en sesiones plenarias.

El objetivo de la primera actividad grupal fue discutir y analizar la situación actual en la región respecto a los procesos de priorización de las tecnologías a ser evaluadas por las agencias de ETESA. Se comenzó debatiendo acerca de los motivos por los cuales una gran parte de los países de la región no han implementado, al menos formalmente, procesos sistemáticos para identificar y priorizar las tecnologías a evaluar, y luego se exploraron las consecuencias para el proceso de toma de decisión y para el sistema de salud que acarrea actualmente esta falta de procesos explícitos. Mediante una metodología de participación y votación -apoyado por la plataforma virtual en la que se realizó el Foro- los participantes identificaron las consecuencias más importantes, así como las principales barreras y facilitadores para fortalecer y/o mejorar estos procesos de priorización.

La segunda actividad de trabajo en grupo, en el tercer día del Foro, consistió en identificar los principales criterios y dimensiones que deberían ser tenidos en cuenta por las agencias de

ETESA de Latino América al momento de priorizar las tecnologías a ser evaluadas. Los participantes trabajaron sobre una lista de veinticinco criterios identificados en la literatura y utilizados por diferentes agencias de ETESA y sistemas de salud en el mundo (Material Suplementario 2). Durante el trabajo en grupo se discutieron y aclararon estos criterios y los participantes pudieron plantear y discutir otros potenciales criterios que no habían sido tenidos en cuenta en este listado inicial. Mediante discusiones grupales y dos rondas de votación, la primera dentro de los grupos de trabajo y la segunda en la sesión plenaria, se identificaron los criterios considerados como los más relevantes para ser considerados en los procesos de identificación y priorización de las tecnologías en la región. También en esta segunda actividad grupal y en la discusión plenaria posterior se argumentaron y discutieron una serie de recomendaciones potenciales y futuras acciones para las agencias de ETESA de Latino América.

El Foro se llevó a cabo bajo las reglas de Chatham House.<sup>15</sup> Todos los materiales fueron producidos en español y en inglés. Una versión en inglés de este manuscrito está también disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0266462321000416>

## Resultados

### *Situación en la región*

En la encuesta sobre las características de los procesos de priorización en las agencias de ETESA de Latino América pudo observarse que solo siete de doce países cuentan actualmente con un proceso formal para identificar y/o nominar tecnologías candidatas a ser evaluadas, y solo cuatro de doce países cuentan con procesos explícitos y bien establecidos para priorizar las tecnologías e intervenciones que serán evaluadas por las agencias de ETESA (Tabla 1). En cuatro países los procesos de priorización también incluyen tecnologías a ser consideradas para desinversión. La carga de enfermedad y el potencial impacto económico suelen ser los elementos más frecuentemente tenidos en cuenta por las agencias a la hora de priorizar las tecnologías a ser evaluadas. Solo dos países cuentan con mecanismos que permiten a los diferentes actores apelar o pedir revisión de los resultados de la priorización. En el Material Suplementario 1 pueden verse los resultados completos de la encuesta.

### *Consecuencias de la falta de procesos explícitos de priorización*

Los resultados de las discusiones grupales pusieron de manifiesto el consenso en observar que la falta de procesos explícitos de priorización debilita todo el proceso de ETESA y de toma de decisión. Por ejemplo, las decisiones de cobertura o inclusión en los paquetes de beneficios de las tecnologías e intervenciones pierden legitimidad si la selección de estas tecnologías e intervenciones no surge de un proceso transparente de priorización por parte de la agencia de ETESA. Las consecuencias pueden implicar, entre otras, que todo el proceso de ETESA y toma de decisión sea percibido como poco transparente y excesivamente expuesto a la presión política o de grupos de interés. Una mala o deficiente priorización de las tecnologías a evaluar puede tener consecuencias también sobre el resultado de las decisiones, como por ejemplo aumento en la inequidad en el sistema de salud, uso ineficiente de los recursos al incorporar intervenciones que no son prioritarias, o al contrario, demorando la cobertura de intervenciones claramente beneficiosas y costo-efectivas. Por último, la

inexistencia de un procedimiento claro de priorización contribuye posteriormente a la frecuente judicialización de las decisiones de cobertura de tecnologías basadas en la ETESA. En la Figura 1 pueden verse las principales consecuencias identificadas por los participantes del Foro.

### *Barreras que impiden o dificultan el establecimiento de procesos explícitos de priorización*

Dos características estructurales de los sistemas de salud de la región fueron percibidas como elementos importantes que dificultan el establecimiento de mejores procesos de priorización de tecnologías a ser evaluadas: i) la fragmentación de los sistemas de salud, es decir la existencia de diferentes organizaciones que toman sus decisiones de manera aislada, con distintas prioridades y criterios sobre qué es necesario y qué no lo es; y ii) la falta de institucionalización de los procesos de ETESA, que implica a menudo una situación de falta de poder de las agencias dentro del sistema.

También algunos aspectos más a nivel macro fueron considerados como barreras, como son la falta de acuerdo social sobre las prioridades de salud y valores para realizar la priorización, o el derecho universal a la salud que dificulta seleccionar qué tecnologías cubrir sobre otras.

Además, otros aspectos a nivel macro se consideraron barreras como la falta de acuerdo social sobre las prioridades en salud, el escaso consenso sobre los valores que deben considerarse para la priorización, y el derecho universal a la salud cuya interpretación muchas veces dificulta la restricción al acceso a las tecnologías, incluso si no son seguras, efectivas o rentables.

A nivel de las agencias de ETESA, las barreras que se mencionaron fueron la falta de recursos, y la dificultad de comprensión del proceso por algunos de los distintos actores (habitualmente por falta o limitada capacitación y/o entrenamiento). Este aspecto dificulta el diálogo y la participación de todas las partes potencialmente interesadas.

Se señaló cómo de especial relevancia la falta de capacitación de políticos y decisores en lo referente al papel clave e impacto positivo que tiene la ETESA en el camino hacia la cobertura universal en salud. La falta de voluntad política fue otro factor identificado como barrera, debido al costo político que podría implicar sobre las decisiones de priorización, como también a la resistencia de los decisores, que en ocasiones temen que un proceso explícito de priorización pueda reducir su margen de discrecionalidad en la toma de decisiones no basadas en evidencia. En la Tabla 2 pueden verse las barreras identificadas.

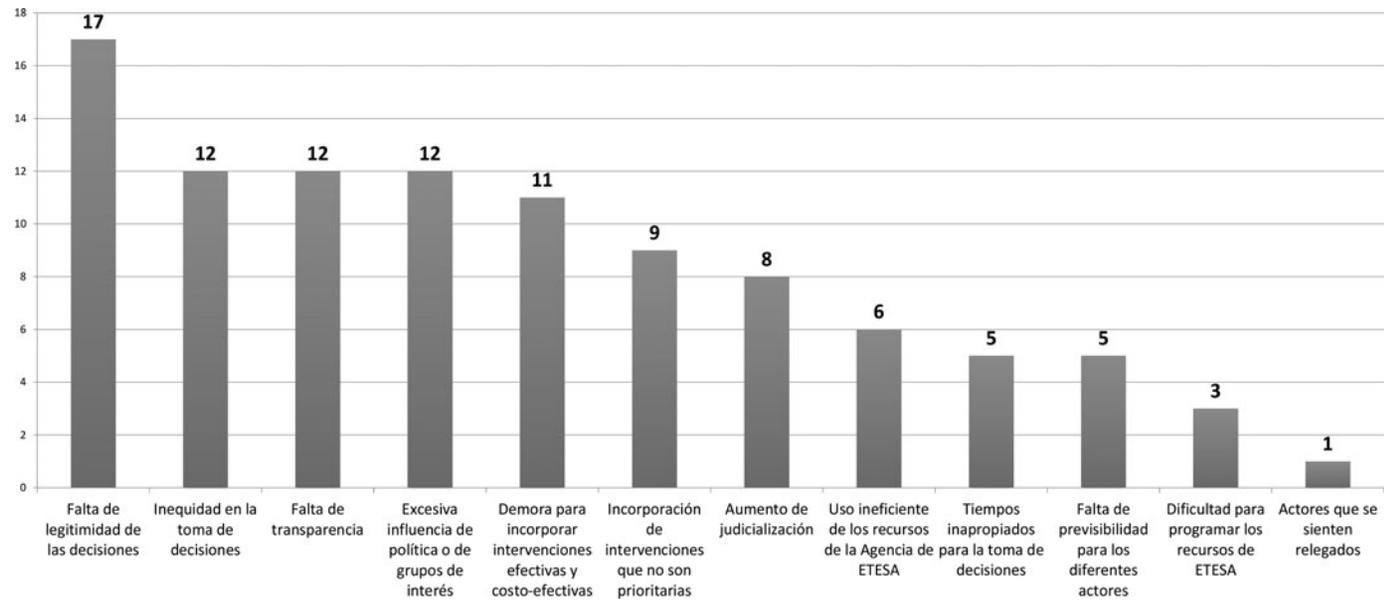
### *Facilitadores existentes en Latino América para avanzar hacia procesos más explícitos y transparentes para priorizar las tecnologías a ser evaluadas por las agencias*

Pese a las barreras identificadas, los participantes coincidieron en señalar que este es un momento apropiado para que las agencias de ETESA y los países de la región avancen en la mejora de sus procesos de priorización. Hay una alineación de intereses por parte de todos los actores involucrados (agencias de ETESA, pacientes y usuarios, industria y profesionales de la salud), quienes coinciden en las consecuencias negativas que la falta de procesos de priorización tiene sobre el sistema de salud y en la necesidad de mejorar estos procesos. En los últimos años, los Ministerios de Salud en la región han comenzado a listar patologías prioritarias, basado muchas veces en estudios de

**Tabla 1.** Principales características de los procesos de priorización de las agencias de ETESA en Latino América: resultados abreviados (resultados completos de la encuesta en Material Suplementario 1)

	Argentina	Brasil	Colombia	Costa Rica	Chile	Ecuador	El Salvador	México	Paraguay	Panamá	Perú	Uruguay
<b>Identificación de tecnologías para evaluación</b>												
Existencia de un proceso formal y explícito para identificar y/o nominar/solicitar potenciales tecnologías a ser evaluadas												
	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si
Actores con capacidad de <b>nominar</b> y <b>solicitar</b> tecnologías candidatas a ser evaluadas												
Ministerio Nacional de Salud y otros organismos públicos	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Industria de medicamentos y dispositivos	✓	✓	✓		✓			✓	✓			✓
Pacientes/Usuarios	✓	✓	✓		✓			✓	✓			✓
Otros (como prestadores/hospitales, seguridad social, sociedades científicas)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Priorización de tecnologías identificadas y/o nominadas a evaluación</b>												
Existencia de un proceso <b>formal y explícito de priorización</b> de los temas a evaluar												
	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	Si
<b>Dimensiones/criterios</b> que son formalmente considerados en la <b>priorización</b> de la tecnología (✓✓ señala los criterios considerados más relevantes)												
Carga de enfermedad	✓		✓✓	✓✓			✓	✓✓	✓✓	✓		✓
Potencial Impacto económico	✓✓		✓✓	✓✓			✓✓	✓✓	✓✓	✓✓		✓✓
Potencial Impacto en la salud pública				✓			✓	✓	✓✓	✓		✓✓
Aspectos relacionados a la equidad	✓		✓		✓✓			✓	✓	✓		✓
Potencial beneficio clínico/efectividad	✓✓		✓				✓✓		✓	✓✓		✓✓
Calidad de la evidencia							✓	✓✓		✓		
Tecnología propuesta por el Ministerio de Salud	✓		✓✓				✓✓		✓	✓		
Alineación con prioridades de salud Nacionales	✓✓		✓		✓✓				✓	✓		✓
<b>Actores</b> involucrados o consultados en el proceso de <b>priorización</b> (✓✓ señala aquellos con capacidad de toma de decisión en el proceso de <b>priorización</b> ).												
Agencia de ETESA	✓✓		✓✓		✓ ✓	✓		✓✓				✓✓
Ministerio Nacional de Salud	✓✓		✓✓		✓ ✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓		✓✓
Industria de medicamentos y dispositivos												
Pacientes/Usuarios	✓✓				✓	✓		✓	✓			✓
Prestadores/Hospitales				✓✓		✓	✓✓		✓✓	✓		
Sociedades científicas					✓			✓	✓✓			✓

Instituciones de las seguridad social	✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Seguros privados de salud	✓											
Legisladores u otros representantes del poder Legislativo					✓							
Jueces u otros miembros del poder Judicial					✓							
Existencia de un proceso <b>formal para apelar</b> la decisión de no priorización de una tecnología nominada a ser evaluada												
	No	Si	No	No	No	Si						
Existencia de un proceso <b>formal</b> priorización de una tecnología nominada a ser evaluada para su <b>desinversión</b>												
	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	No	No



**Figura 1.** Consecuencias de la falta de procesos explícitos de priorización identificadas por los participantes del Foro (el número indica la cantidad de veces que fueron mencionadas) ETESA, Evaluación de Tecnología Sanitaria

**Tabla 2.** Barreras que impiden o dificultan el establecimiento de procesos explícitos de priorización

Fragmentación de los sistemas de salud
Falta de acuerdo social sobre las prioridades de salud
Falta de acuerdo social sobre valores, criterios y dimensiones sobre los cuales debería basarse la priorización
Derecho universal a la salud que dificulta seleccionar tecnologías para cubrir sobre otras
Dificultad de comprensión de la relevancia de la ETESA entre los diferentes actores (por falta de capacitación sobre el impacto positivo que tiene la ETESA en los sistemas de salud)
Falta de institucionalización de la ETESA
Falta de integración de los diferentes componentes de la ETESA (priorización, foco, evaluación, recomendación y toma de decisión)
Falta de los recursos de ETESA necesarios para llevar adelante la priorización
Falta de datos locales para informar la priorización
Resistencia de los decisores por temor a que se reduzca su margen de discrecionalidad en la toma de decisión
Falta de alineación/coherencia entre prioridades políticas y prioridades de salud
Cambios de gobierno frecuentes
Costo político que podría resultar de las decisiones de priorización (debido a que las decisiones siempre son incómodas y dejan afuera o perjudican a alguna de las partes)
En algunos países, múltiples instituciones que realizan ETESA sin coordinación adecuada entre ella
Idiosincrasia/cultura latinoamericana: sociedad poco afecta a sistematizar procesos y a dar lugar a procesos participativos, explícitos y transparentes

carga de enfermedad, y esta información podría ser un buen insumo para el proceso de priorización.

A su vez existen buenas y variadas experiencias a nivel internacional y regional, que pueden tomarse como ejemplos y modelos para diseñar mecanismos de priorización acordes a las necesidades de cada país.

El involucramiento de los diferentes actores en los procesos de ETESA, los mecanismos de diálogo temprano y de escaneo del horizonte también fueron identificados como potenciales facilitadores, así como la generación de evidencia local de carga de enfermedad que informe mejor las prioridades de salud, junto con la existencia de redes y organismos regionales que podrían también apoyar y facilitar estos procesos.

### **Criterios y dimensiones para priorizar las tecnologías a evaluar**

En el comienzo del trabajo grupal los participantes identificaron algunos criterios que no habían sido tenidos en cuenta en el listado original provisto previamente (Material Suplementario 2). El impacto ambiental, el costo de oportunidad, los beneficios percibidos por los cuidadores, la posibilidad de cura y las tecnologías preventivas.

Luego de la discusión grupal, que consideró tanto los criterios provistos originalmente como los identificados por los participantes, un total de once criterios fueron considerados como los más relevantes a ser considerados en el proceso de priorización, los cuales fueron sometidos a votación en la sesión plenaria para identificar su importancia relativa. La carga de enfermedad de la condición hacia la cual está dirigida la intervención o tecnología, así como el potencial beneficio clínico de la misma, fueron los dos criterios considerados más importantes (ver Figura 2). La alineación con prioridades de salud nacionales, el potencial impacto en la equidad, la falta de alternativas para los pacientes (necesidad insatisfecha), y el potencial impacto económico (costo-efectividad e impacto presupuestario) y organizacional de la tecnología fueron también criterios identificados como prioritarios por una alta proporción de participantes. La

gravedad de la enfermedad, la calidad de la evidencia y el potencial impacto en la judicialización fueron otros criterios identificados como importantes.

### **Implicancias (Policy implications)**

#### **Recomendaciones para los países y sistemas de salud que decidan avanzar hacia el establecimiento de procesos más formales para identificar y priorizar las tecnologías a evaluar**

Una revisión de los criterios utilizados por once agencias para priorizar qué tecnologías evaluar encontró que los más frecuentemente mencionados fueron el impacto clínico, el impacto económico, la carga de enfermedad y el nivel de evidencia disponible.<sup>16</sup> Una revisión exhaustiva de la literatura y de las páginas Web de las principales agencias de ETESA publicada por Varela-Lema y colaboradores en el año 2017, concluyó que aunque no se identificaron criterios universales ni procedimientos estándares para la asignación de prioridades, la mayor parte de las agencias analizadas parecieron tener en cuenta ocho dominios críticos: i) necesidad de la intervención; ii) resultados en salud; iii) tipo de beneficio de la intervención; iv) consecuencias económicas; v) conocimiento existente sobre la intervención/calidad e incertidumbre de la evidencia; vi) implementación y complejidad de la intervención/factibilidad; vii) prioridad, justicia y ética; y viii) contexto global.<sup>17</sup> Specchia y colaboradores realizaron una revisión sistemática de la literatura y de los sitios Web de todas las agencias de ETESA Europeas miembros de la red internacional de agencias de ETESA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment, INAHTA).<sup>8</sup> Encontraron que los criterios más frecuentemente citados para priorizar fueron los beneficios potenciales de la tecnología, los costos y la costo-efectividad asociados a la introducción de la tecnología, y la carga de enfermedad. Estos criterios mencionados en la literatura internacional coinciden con los identificados por los participantes del Foro al priorizar cuales eran los criterios más relevantes para guiar los procesos de priorización en Latino América

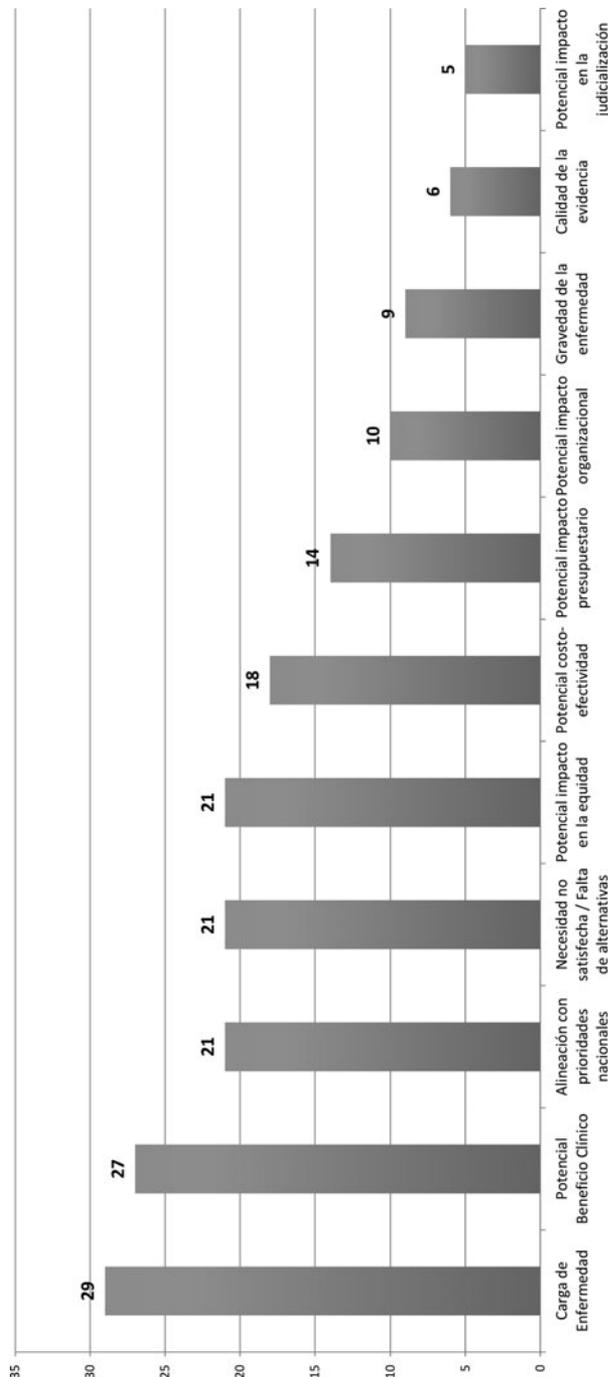


Figura 2. Principales criterios y dimensiones para ser tenidos en cuenta al momento de priorizar las tecnologías e intervenciones a ser evaluadas por las agencias de ETESA (el número indica la cantidad de votos recibidos por cada criterio) ETESA, Evaluación de Tecnología Sanitaria

En cuanto al diseño del proceso de priorización, la principal recomendación de los participantes del Foro fue comenzar con una perspectiva amplia, transparente y participativa, involucrando a todos los actores relevantes para asegurar que el mismo sea percibido como legítimo.

Con respecto a las características del mecanismo de priorización, se realizaron las siguientes recomendaciones tanto en lo referido al proceso mediante el cual la priorización debe llevarse adelante como en los contenidos del mismo.

**Características del proceso de priorización:**

1. Que sea transparente, sistemático, previsible, y sustentable
2. Con tiempos definidos y reglas claras para todas sus etapas
3. Que sea un mecanismo lo más sencillo posible
4. Que el rol a cumplir por todos los actores esté claramente definido a priori
5. Que existan procesos establecidos para asegurar que se considerarán los elementos de información necesarios para el proceso de priorización (ej., prevalencia de condiciones, calidad de la evidencia, etc.)
6. Que pueda adaptarse a las necesidades de priorización de las diferentes regiones de un país, o a los diferentes subsectores de salud
7. Que se establezcan mecanismos que interrelacionen bien los distintos procesos de aprobación regulatoria, nominación, priorización y evaluación para ser más eficientes y no duplicar esfuerzos

**Contenido del proceso de priorización**

1. Que sea idealmente un mecanismo que incluya componentes objetivos (por ejemplo, puntajes asociados a criterios y su eventual ponderación, para reducir la discrecionalidad), pero que incluya también un componente deliberativo que permita tener en cuenta otros factores
2. Que se intente elegir la menor cantidad de criterios posibles al diseñar la priorización, y a la vez que sean sencillos de definir y evaluar
3. Que los criterios seleccionados reflejen los valores de la sociedad y de los actores involucrados en el proceso de priorización
4. Que se trate de un mecanismo fuertemente basado en aspectos técnicos (ETESA como herramienta de “policy”) pero que tenga en cuenta también los aspectos políticos (“politics”) que implica el proceso de priorización

**Acciones sugeridas para impulsar una mejora en los procesos de priorización**

Las acciones propuestas que podrían iniciarse para impulsar mejoras en los procesos de priorización fueron:

- Realizar un correcto diagnóstico de situación y sensibilizar a los diferentes actores tanto sobre los beneficios de la ETESA en un sistema sanitario (mostrando ejemplos claros en la región) y sobre la necesidad y las consecuencias favorables de establecer procesos de priorización
- Identificar a todos los actores relevantes con un potencial interés en los procesos de priorización para poder convocarlos a un diseño inclusivo y participativo de estos procesos
- Aprovechar las experiencias internacionales y regionales (“benchmarking”; no “reinventar la rueda”), pero tampoco intentar copiar modelos ajenos sin la adecuada contextualización

- Aprovechar las redes regionales para potenciar y apoyar estos procesos de mejora. Una acción tangible sería crear un escaneo del horizonte (“*horizon scanning*”) supra nacional cuyos resultados fueran posteriormente contextualizados a cada país de la Región.
- Continuar y profundizar las actividades de capacitación en ETESA entre los diferentes actores (agencias de ETESA, pacientes y usuarios, productores de tecnologías, y muy especialmente las autoridades sanitarias/políticos en cada cambio de gobierno) ya que es difícil avanzar en estos procesos sin un lenguaje y valores comunes
- Promover el registro y recolección de datos locales de buena calidad
- Promover una mayor institucionalización del proceso de ETESA

## Conclusiones

Ningún país o agencia de ETESA cuenta con los recursos necesarios para evaluar todas las tecnologías posibles en los tiempos que podría requerirse. Por lo tanto, es necesario para los sistemas de salud y las agencias de ETESA establecer un proceso claro para identificar, priorizar y seleccionar los temas a evaluar. El objetivo final ideal es priorizar para su evaluación intervenciones y tecnologías con un alto valor potencial para la sociedad y en las cuales la ETESA podrá aportar información relevante para la toma de decisión, de forma de justificar los esfuerzos y recursos que se invertirán en el proceso de evaluación.

Los participantes del Foro coincidieron en que el establecimiento de procesos transparentes de priorización es un elemento clave para todos los sistemas de salud, y que debe aprovecharse esta ventana de oportunidad para realizar mejoras que fortalecerán la ETESA en Latino América y darán mayor legitimidad a sus decisiones.

**Material suplementario.** El material suplementario para este artículo se encuentra aquí <https://doi.org/10.1017/S0266462321000519>

**Agradecimiento.** A los participantes del evento por las valiosas contribuciones realizadas:

Adriana María Robayo García, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, Colombia; Alberto Salazar Ramirez, Johnson & Johnson, Mexico; Alexandre Lemgruber, PAHO –Pan American Health Organization, United States; Alicia Granados, Sanofi-Genzyme, Spain; Ana Eduviges Sancho Jimenez, Ministry of Health Costa Rica, Costa Rica; Andrea Alcaraz, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), Argentina; Andrea Rappagliosi, Edwards Lifesciences, Switzerland; Andrés Pichón-Riviere, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), Argentina; Aurelio Yamada, BioMarin, Brazil; Carlos Gonzalez Malla, Ministry of Health Argentina, Argentina; Cintia Parellada, MSD, Brazil; Debora Aligieri, Diabetes e Democracia, Brazil; Dino Sepúlveda Viveros, Ministry of Health Chile, Chile; Eva María Ruiz de Castilla, Latin America Patient Academy (LAPA), United States; Fabiana Raynal Floriano, Ministry of Health Brazil, Brazil; Federico Augustovski, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), Argentina; Fernanda Laranjeira, Johnson & Johnson, Brazil; Francisco Caccavo, PAHO –Pan American Health Organization, Estados Unidos; Francisco Tellechea, F. Hoffmann-La Roche AG, Argentina; Gabriela Rodríguez, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), Argentina; Graciela Fernandez, National Resources Fund, Uruguay; Héctor Castro, MSH Management Sciences for Health; HTAi United States; Homero Monsanto, MSD, Puerto Rico; Hugo Marín Piva, Costa Rican Social Security Fund (CCSSS), Costa Rica; Iñaki Gutierrez Ibarluzea, Head of the Organization and Innovation management. Gobierno Euskadi (Spain), HTAi Spain; Johanna Elisabeth Guambo Coello, Ministry of Health Ecuador, Ecuador; Joice Valentim, F. Hoffmann-La Roche AG, Brazil; José Thomaz, BioMarin, Brazil; Juan Luis Gerardo Durán Arenas, Mexican Social Security Institute, Mexico; Kariluz Maestre, Novartis Pharma AG, Colombia; Laura Sampietro-Colom, Hospital Clinic of Barcelona, HTAi Spain; Leticia Perdomo, Ministry of Public Health of the Oriental Republic of Uruguay, Uruguay; Lizbeth Acuña Merchán, High Cost

Account, Colombia; Manny Papadimitropoulos, Eli Lilly Interamerica Inc., Canadá; Marcia Alves, Edwards Lifesciences, Brazil; Nora Reyes Puma, National Institute of Health, Perú; Paula Soledad Luque, Novartis Pharma AG, Argentina; Pedro Galván, Health Sciences Research Institute (IICS-UNA), Paraguay; Ricardo Humberto Ruano Arévalo, Ministry of Health El Salvador, El Salvador; Santiago Torales, Ministry of Health Argentina, Argentina; Sebastián García Martí, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), Argentina; Silvana Kelles, UNIMED, Brazil; Vania Cristina Canuto Santos, Ministry of Health Brazil, Brazil; Verónica Alfie, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), Argentina; Wija Oortwijn, Radboud University Medical Centre, Department for Health Evidence, HTAi, Netherlands; William Dorling, Pfizer Inc., United States.

También agradecemos a Tara Schuller por su asistencia en la traducción del manuscrito al inglés; a Iñaki Gutierrez-Ibarluzea y a Wija Oortwijn por sus presentaciones y participación en el Foro; y un agradecimiento especial a Gabriela Rodríguez (IECS-Argentina) por toda su colaboración en la organización del Latam Policy Forum.

**Financiación.** La organización y asistencia al Foro fue financiada por la Sociedad Científica Internacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria (HTAi). La preparación del manuscrito estuvo a cargo del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) con financiamiento de Health Technology Assessment International (HTAi).

## Bibliografía

1. O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T. The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration *Int J Technol Assess Health Care*. 2020; **36**: 187–90.
2. World Health Organization (WHO). [Internet] Using Health Technology Assessment for Universal Health Coverage and Reimbursement Systems. 2015 [cited 2021 Mar 18]. p. 22. Available from: [https://www.who.int/health-technology-assessment/HTA\\_November\\_meeting\\_report\\_Final.pdf](https://www.who.int/health-technology-assessment/HTA_November_meeting_report_Final.pdf)
3. World Health Organization (WHO). [Internet] Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities. Main findings. 2015 [cited 2021 Mar 19]. Available from: [https://www.who.int/health-technology-assessment/MD\\_HTA\\_oct2015\\_final\\_web2.pdf](https://www.who.int/health-technology-assessment/MD_HTA_oct2015_final_web2.pdf)
4. Lessa F, Caccavo F, Curtis S, Ouimet-Rathé S, Lemgruber A. Strengthening and implementing health technology assessment and the decision-making process in the Region of the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2017;**41**:1–10.
5. Pichon-Riviere A, Soto N, Augustovski FA, Garcia-Martí S. Health Technology Assessment for Decision Making In Latin America: Good Practice Principles. *Int J Technol Assess Health Care*. 2018;**34**(03):241–7.
6. Henshall C, Oortwijn W, Stevens A, Granados A, Banta D. Priority Setting for Health Technology Assessment: Theoretical Considerations and Practical Approaches: A paper produced by the Priority Setting Subgroup of the EUR-ASSESS Project. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997;**13**(2):144–85.
7. Drummond MF, Schwartz JS, Jönsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U, et al. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008 Jul 4;**24**(03):244–58.
8. Specchia ML, Favale M, Di Nardo F, Rotundi G, Favaretti C, Ricciardi W, et al. How to choose health technologies to be assessed by HTA? A review of criteria for priority setting. *Epidemiol Prev*. 2015;**39**(4):39–44.
9. Frutos Pérez-Surio A, Gimeno-Gracia M, Alcácer López MA, Sagredo Samanes MA, Pardo Jario M del P, Salvador Gómez M del T. Systematic review for the development of a pharmaceutical and medical products prioritization framework. *J Pharm Policy Pract*. 2019;**12**(1):1–7.
10. Health Technology Assessment International (HTAi) [Internet] Latin America Policy Forum 2020. [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://htai.org/policy-forum/latin-america-policy-forum/>
11. Health Technology Assessment International (HTAi) [Internet] Global Policy Forum [cited 2019 Jun 14]. Available from: <https://htai.org/policy-forum/global-policy-forum/>
12. Pichon Riviere A, Garcia Martí S, Alfie V, Alcaraz A AF. [Internet]. Identification and selection of health technologies in need for HTA for

- reimbursement decisions. HTAi 2020 Latin America Policy Forum on Health Technology Assessment. Background document. ON-LINE Meeting October 2020 [cited 2021 Mar 17]. Available from: [https://htai.org/wp-content/uploads/2021/02/BP-Policy-Forum-2020\\_Eng\\_Final.pdf](https://htai.org/wp-content/uploads/2021/02/BP-Policy-Forum-2020_Eng_Final.pdf)
13. **Johansson-Sköldberg U, Woodilla J, Çetinkaya M. Design Thinking: Past, Present and Possible Futures.** *Creat Innov Manag* 2013;22(2):121–46.
  14. **Brown T, Funk C.** [Internet]. *Design Thinking* 2012 [cited 2019 Aug 23]. Available from: [www.hbr.org](http://www.hbr.org)
  15. **Chatham House Rule | Chatham House** [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.chathamhouse.org/chatham-house-rule>
  16. **Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, Skidmore B.** Priority setting for health technology assessments: A systematic review of current practical approaches. *Int J Technol Assess Health Care.* 2007;23(3):310–5.
  17. **Varela-Lema L, Atienza-Merino G, López-García M.** Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. *Gaceta Sanitaria.* 2017; 31:349–57.