

INFORME DEL SEMINARIO:
EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE SALUD Y
PRIORIZACIÓN PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Washington DC, 13 de Junio 2014



Ministerio de
Salud



Informe del Seminario: Evaluación de Tecnologías de Salud y Priorización para la Cobertura Universal de Salud - Washington DC, 13 de junio de 2014

Apertura: Dr. Francisco Becerra, Subdirector de la OPS

Para la OPS y la Región de las Américas, la Cobertura Universal de Salud (CUS) constituye una prioridad. La Evaluación de Tecnologías de Salud (ETS) es un componente crítico en la toma de decisiones basada en la evidencia y debe ser siempre parte del proceso de priorización para la incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Es una base esencial para asegurar la Cobertura Universal de Salud a través de la asignación eficiente y equitativa de los recursos sanitarios.

La CUS refuerza la necesidad de definir y poner en práctica políticas con un enfoque intersectorial y entre naciones, para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y promover la salud. Compartir el conocimiento de ETS y conectar los procesos nacionales existentes y las redes regionales y globales permitirá ampliar la adopción de la ETS como una herramienta para la toma de decisiones.

Homenaje al Profesor David Banta

La ETS comenzó a mediados de los años 70 en los Estados Unidos. El primer informe de ETS conocido fue lanzado en 1976 por la Oficina de Evaluación de Tecnologías del Congreso de los EE.UU. El profesor David Banta jugó un papel decisivo en el desarrollo de ETS en los años 70. Bajo su dirección desde 1975 hasta 1982, el Programa de Salud de la Oficina del Congreso de EE.UU. de Evaluación Tecnológica desempeñó un papel determinante en el establecimiento del campo y los métodos de ETS, y su trabajo fue muy influyente en el desarrollo temprano de la ETS. De 1983 a 1985 el Dr. Banta fue Director Adjunto de la OPS, trabajando en toda la Región para el desarrollo de la ETS.

Objetivos del Seminario: Alexandre Lemgruber, OPS

1. Discutir el papel de la Evaluación de Tecnologías de Salud (ETS) y la Priorización para la Cobertura Universal de Salud;
2. Identificar las necesidades de los países para el mejoramiento de los procesos de decisión de cobertura;
3. Identificar obstáculos y brechas para la implementación de ETS como herramienta para la toma de decisión de cobertura;
4. Definir las acciones prioritarias para que la ETS y el proceso de incorporación de tecnologías puedan contribuir a la Cobertura Universal en Salud.

Panel: "Evaluación de Tecnologías de Salud y priorización para la Cobertura Universal de Salud."

Moderadora: Amalia Del Riego (Jefa de Unidad de Servicios de Salud y Acceso, HSS/HS, OPS)

Estrategia para la Cobertura Universal de Salud:

Dr. James Fitzgerald (Director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, HSS, OPS)

La Cobertura Universal de Salud significa que todos los pueblos y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios de calidad que necesiten durante su vida y sin problemas financieros.

El progreso social logrado en la Región de las Américas se ha alcanzado, en parte, como resultado del desarrollo económico de los países, la consolidación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la capacidad de incorporar y aplicar la tecnología para mejorar la salud. El compromiso político de los países para responder a las necesidades de salud de sus poblaciones ha sido un factor esencial para alcanzar estos logros. Aunque todos los países de la región hayan realizado avances aún persisten grandes desigualdades entre los países.

Desafíos para alcanzar la Cobertura Universal de Salud:

- Desigualdad, exclusión y falta de acceso a servicios de salud de calidad.
- Traducción de compromiso político para responder a las necesidades de salud.
- Nuevos patrones epidemiológicos y demográficos.
- Aumento de costos debido a la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud.
- Limitada capacidad regulatoria y de integración.
- Falta de financiación adecuada e ineficiencias.
- Capacidad limitada para la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

La estrategia de la OPS para alcanzar la Cobertura Universal de Salud reconoce el derecho a la salud como valor central; la CUS como objetivo primordial de los sistemas de salud; busca la eliminación de las barreras a los servicios de salud; el establecimiento de políticas y programas de salud equitativos y eficientes; la solidaridad y equidad para garantizar la protección financiera y la participación de la sociedad; inclusión y rendición de cuentas; y la participación multisectorial.

La Estrategia identifica cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes que se deben considerar de manera integral:

1. Ampliación el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en la comunidad.
2. Fortalecimiento de la gestión y la gobernanza.
3. Aumento y mejora de la financiación, promoción de la equidad y la eficiencia, y eliminación de los gastos de bolsillo.
4. Fortalecimiento de la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Priorización en Salud: Dra. Amanda Glassman (Directora de Política de Salud Global, CGD)

La Dra. Amanda Glassman presentó algunas de las conclusiones del reporte del Grupo de Trabajo del Instituto de Priorización para la Salud Mundial del Centro para el Desarrollo Global, que se reunió por un período de un año y estuvo compuesto por políticos, académicos, expertos en ética, economistas, filósofos y donantes para la salud mundial.

Sostiene que la asignación “ad hoc” o implícita de recursos en salud puede dar resultados de poco valor y producir inequidad. El establecimiento explícito de prioridades, en cambio, puede ayudar a alcanzar las

metas propuestas. El objetivo debería ser lograr la cobertura universal de aquellos servicios de salud con alto costo-efectividad, que mejoran la equidad, y no el control de costos y la restricción de la atención.

La priorización en salud comprende el proceso de toma de decisiones y su contexto, incluyendo el marco legislativo, reglamentario, político, de pagos y de reembolsos dentro del cual se produce la evidencia y se la utiliza para informar la toma de decisiones de gasto público. Está basada en los insumos proporcionados por los sistemas de salud, el marco legal y los valores sociales predominantes en cada sociedad, dando lugar a diferentes tipos de productos, tales como decisiones de cobertura, directrices, protocolos u otras recomendaciones basadas en la evidencia, que se verán reflejados en el presupuesto y el gasto destinado a la salud.

En la actualidad, múltiples fuerzas convergen para que la priorización explícita sea necesaria y posible:

- Es posible obtener enormes ganancias en salud.
- El gasto en salud y los mercados de la salud están en crecimiento.
- Las tecnologías sanitarias se están expandiendo rápidamente.
- Las acciones judiciales son cada vez más comunes.

Para un presupuesto dado, hay grandes diferencias en los resultados en la salud que se pueden obtener, y un mayor gasto en salud pública no se traduce directamente en beneficios para la salud.

Evaluación de Tecnologías de Salud: Profesor David Banta (Universidad de Maastricht):

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias estudia fundamentalmente los beneficios y riesgos (eficacia y seguridad) en relación con los costos de las tecnologías de salud, y también incluyen aspectos sociales y éticos. La ETS es más eficaz cuando logra acoplarse a las políticas públicas. Los ejemplos más exitosos han sido políticas como el desarrollo de vacunas, la regulación de medicamentos y productos sanitarios, el control de calidad y el desarrollo de planes de beneficios.

La priorización en salud es específica del contexto de cada país y región. El establecimiento de prioridades debe implicar la ETS, dado que los problemas más importantes deben ser abordados con las intervenciones más eficaces y costo-efectivas.

A pesar de que la ETS también se ocupa de determinar qué innovaciones son importantes para la salud, las patentes no han sido un tema abordado por la ETS. Bajo las reglas de la Organización Mundial del Comercio, las patentes otorgan un monopolio por 20 años o más y posibilitan precios muy altos. Si bien se declara que estos precios son necesarios para sostener la Investigación y Desarrollo, estas afirmaciones no han sido avaladas por evidencia.

Algunas particularidades de la ETS en América Latina:

- Gran participación de la OPS, desde la década de 1980.
- Establecimiento de programas en varios países: Brasil, Argentina, Chile, Colombia, Perú, México.
- Gran aumento en el desarrollo de conocimientos y reportes de alta calidad científica.

- Establecimiento de mecanismos de integración para compartir información y apoyar a los países más pequeños o más pobres: Mercosur, la Comunidad Andina (CAN), la región del Caribe (COHSOD)
- Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas desde 2012.

Problemas de la ETS en América Latina:

- Algunos países no están activamente involucrados.
- A pesar de los avances, falta experiencia en la mayoría de los países.
- El impacto es poco claro – los reportes de ETS aún no están vinculados a la formulación de políticas.

Conclusiones finales: La ETS es una fuerza creciente en el mundo. Ha habido un gran progreso en América Latina durante los últimos 20 años, no obstante, debe darse mayor uso de la ETS en la toma de decisiones. Los países que han desarrollado una cobertura integral de salud han encontrado que la ETS es esencial. Cualquier avance hacia la cobertura universal de salud requiere el uso activo de la ETS.

Primer Debate: El rol de la ETS en el apoyo a la toma de decisiones de cobertura en el marco del avance hacia la Cobertura Universal de Salud.

Moderador: Julio Siede, OPS

En estos momentos los países de la región de las Américas están discutiendo la estrategia regional hacia la Cobertura Universal de Salud (JS). Aunque este camino debe ser definido por cada país de acuerdo a su contexto, hay elementos claves comunes como el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza a través de los procesos de priorización y toma de decisiones, en los cuales la ETS juega un rol fundamental (ADR). La ETS es un instrumento clave para la priorización y toma de decisiones de cobertura de salud, procesos que deberían resultar en la definición de un conjunto de prestaciones garantizadas, exigibles, y para toda la población de acuerdo a las necesidades individuales y colectivas (ADR, JS). Esto no significa que la recomendación de una ETS debe siempre ser seguida; existen otros criterios que los tomadores de decisión tienen en cuenta. Lo importante es que en caso de no seguirse una recomendación hecha por la ETS, se expliquen en un ambiente público las razones, o bien si es el caso, por qué no se utilizó la ETS para la toma de decisión (AG).

El compromiso político es muy importante para que pueda ocurrir este vínculo entre la información que brinda la ETS y la toma de decisiones a todos los niveles (local, nacional e internacional) (CL). Además, la creación de procesos decisorios apoyados en ETS es un camino a largo plazo que requiere inversión y un marco legal acorde. Los países que han tenido más éxito son aquellos que han invertido y desarrollado los procesos de ETS y que han legislado o regulado el papel de la ETS en la toma de decisiones sobre cobertura (AG, DB, CL, RB, IGI). Se necesitan de marcos legales flexibles para poder desarrollar y evolucionar en las ETS (RB). Sería importante saber cuántos recursos económicos están destinando los diferentes países de la Región al establecimiento de unidades de ETS. Sin una adecuada financiación los sistemas de ETS no pueden prosperar (AG).

La ETS no es meramente un procedimiento técnico, pues se diferencia de otras maneras de sintetizar el conocimiento, como las revisiones sistemáticas. Tampoco puede considerarse un fin en sí mismo, pues su objetivo es informar la formulación de políticas de salud seguras y efectivas. ETS integrales y el buen uso de las mismas, sin duda mejorarán la toma de decisiones, que a su vez reflejarán los valores sociales de la comunidad. Por estos motivos, es que para preservar a la ETS se debe preservar la integridad en su procedimiento (RB, IGI, TW, PG).

La Equidad se ve favorecida por los procesos de ETS y priorización de tecnologías. Se pretende utilizar la evidencia para una mejor toma de decisiones, que se verá reflejado en una disminución de las inequidades y acceso a los servicios como también en las necesidades cubiertas de la población (JF).

A partir de la propia experiencia, nos hemos dado cuenta de que es importante incluir la mayor cantidad de actores posibles en el proceso de ETS, no sólo para que las ETS sean mejores sino para que sean válidas, para darle legitimidad a los procesos (DB, RB). En Latinoamérica, las ETS son muy cerradas. Falta convocar a la academia, a los médicos, a la industria, los pacientes. Corremos el riesgo de perder la legitimidad si no es un proceso transparente, donde las decisiones se puedan apelar y las decisiones puedan ser apeladas (APR). Es muy difícil incluir la perspectiva de la industria, pero más difícil es ignorarla. Para proteger la independencia hay que proteger el proceso de ETS. Para hacerlo, hay que incluir a todos los actores, no hay que excluir a la industria (CL) pero sí en el proceso de toma de decisiones (DB). El rol de los medios y de la prensa también es muy importante, por eso debemos convencerlos, ser claros (DB). Se debe intentar mantener el diálogo en ambientes más amplios, HTAI podría servir de marco, donde temas como el rol de la industria o el valor de la innovación, se puedan discutir de manera abierta, en un marco cómodo y más neutral, y donde todos los interesados puedan estar representados (CL).

Al ser nuestros PBI más bajos que los de los países desarrollados, las evaluaciones económicas deben ser aún más consideradas, también para ayudar a las farmacéuticas a colocar los precios más acordes a la región. Los medicamentos tienen el mismo precio o incluso más caro en Latinoamérica que en países desarrollados (APR, AG, CM). Debería haber un debate amplio y abierto acerca de los precios de los medicamentos y otras tecnologías de salud, porque si no, no se puede hablar claramente de políticas de cobertura (AL, CP).

Los avances de los países de la región en el desarrollo de la ETS y el rol que cumplen en el apoyo de las decisiones de cobertura han sido importantes a pesar de encontrarse en diferentes etapas. Muchos participantes reflexionan sobre la falta de conexión explícita en sus países entre las ETS y la toma de decisiones (LKB, PG, AT). Algunos países están en el proceso de institucionalizar las ETS. Se reflexiona sobre la necesidad de independencia de las instituciones que realizan ETS, y la idea generalizada es que la independencia es relativa ya que todos nos encontramos inmersos en un sistema, y también corresponde a la madurez de la institución (DB, IGI, PCS); la ETS podría comenzar dentro de los ministerios, con su protección, y luego separarse y convertirse en organismos independientes (DB, IGI). Otros países se encuentran en etapas más avanzadas, intentando incluir más actores en las ETS (pacientes, médicos), y avanzando en lograr mayor legitimidad de las mismas.

En Brasil existe la voluntad política y la base legal de que las tecnologías se sometan a ETS antes de ingresar al sistema de salud. Si la ETS no tiene fuerza legal, no existe la fuerza política para frenar la incorporación de cualquier producto al mercado ni se tiene la fuerza necesaria para enfrentar las dificultades de credibilidad que puedan surgir. En los países en lo que ha ocurrido la transición epidemiológica, cualquier sistema que pretenda dar cobertura a las enfermedades crónicas necesariamente deberá utilizar la ETS como criterio para la evaluación y priorizar de las tecnologías a incluir en los servicios prestados (CP). ANVISA en Brasil, estudia las innovaciones y el precio de los medicamentos, y podemos afirmar que la ETS ha aportado grandes ganancias en términos de precios de tecnologías. Es importante la priorización para tener en cuenta el impacto económico tanto para el gasto público y para el presupuesto familiar. Se acaba de dictar un reglamento en que la ETS se está empezando a utilizar también para desinvertir (GTS).

Chile ha sido pionero en la región en términos de priorización de intervenciones con la característica de que además lo hace a partir de priorizar condiciones que requieren respuesta del sistema de salud para luego definir las prestaciones o servicios que se garantizan de esas condiciones (JS). El AUGE, ahora GES, surgió como un plan de priorización de garantías de servicios, pero se desarrolló sin la realización de evaluaciones de costo-efectividad o equidad. Existen muchas garantías que están limitadas, pero por criterios principalmente presupuestarios, no están claros los criterios con los que se han definido la priorización. Los estudios de carga de enfermedad, de costo-efectividad que se han realizado en unidades de ETS no se han utilizado para la elaboración del plan de garantías (LKB).

En Argentina la ETS surge hacia fines de los 90 de la mano de la agencia de Quebec, Canadá. En el sector privado surge también el IECS, que es modelo a nivel nacional e internacional. En el año 2009 se creó la Unidad Coordinadora de ETS, que reúne a la ANMAT (que incluye una dirección de ETS), la Superintendencia de Servicios de Salud, y múltiples Hospitales. Se creó también la Red Argentina Pública de ETS, que incluye a UCEETS y 6 nodos provinciales. Hasta el momento se han utilizado las evaluaciones económicas y las ETS para la toma de decisiones para la incorporación de vacunas en el calendario (GW).

También se reflexionó sobre que a pesar de que admiramos a países más avanzados en el rol de la ETS en la toma de decisión, en estos países concentran la mayor parte de su esfuerzo en la evaluación de las nuevas tecnologías. En nuestra región, replicar esta modalidad le quita legitimidad a nuestro trabajo porque haríamos ETS que no son prioridades para nuestros sistemas de salud. Debemos hacer análisis de lo que se está invirtiendo actualmente antes de evaluar las tecnologías más modernas. Puede que estemos invirtiendo en tecnologías perjudiciales o que no son costo-efectivas (APR). Uruguay por ejemplo, está incrementando progresivamente el presupuesto de salud, pero lo que se invierte en innovación y lo que se invierte en ETS no se condice (AP).

El Salvador ha realizado enormes avances hacia la cobertura universal, mediante el aumento del acceso al sistema, un modelo de atención centrado en las personas y la comunidad y un aumento considerable de la inversión pública en salud pero sin un proceso de ETS que acompañe. La intención de El Salvador es que otros países de la RedETSA que ya tienen modelos más avanzados les permitan hacer uso de las herramientas para lanzar una política de ETS (LA).

Desde el año 2010 las ETS se hacen en Colombia de forma sistemática. Actualmente se está llevando a cabo un análisis de efectividad de los servicios incluidos en el plan de beneficios garantizados por una comisión especial que forma parte del Ministerio de Salud. Esta comisión está tomando como eje central la carga de enfermedad, y está avanzando en la actualización de los criterios de priorización de tecnologías a evaluar para incluir en el plan de beneficios garantizados. Se tomó como criterio también aquellas tecnologías que hacían gran presión sobre el presupuesto, aunque no estuvieran incluidas, pero que se pagan a través de recobros (BR).

En Ecuador actualmente se debate si es pertinente tener la agencia dentro del Ministerio de Salud o de forma independiente. El gobierno está apoyando la toma de decisiones basada en evidencia. Sería interesante evaluar la posibilidad de ETS regionales y generar mecanismos de adaptación de reportes de ETS de otros países (RJS).

Costa Rica en este momento es presa del éxito del programa de cobertura. Cualquier acción que impacte en la disminución de la cobertura va a ser visto por la sociedad como una disminución de los derechos a la salud. El Ministerio de Salud tiene la firme intención de utilizar la ETS para la toma de decisiones, pero se debe avanzar. La judicialización representa un gran desafío en la actualidad (MDR).

Segundo Debate: Logros y dificultades en el desarrollo de la ETS en los países de la Región y su utilización para la toma de decisiones.

Moderador: Cristian Morales, OPS

Los chilenos coinciden en que se ha avanzado mucho en su país sobre ETS, principalmente en el desarrollo de las capacidades técnicas, pero no en el vínculo de ETS con la toma de decisiones. Como dificultad mayor, se plantea la influencia de la voluntad política en el desarrollo de la ETS. Si bien es necesario un compromiso político, para ellos los avances son dependientes del gobierno de turno. Es por esto que se cree fundamental institucionalizar y protocolizar la ETS. Se ha logrado formar una comisión intersectorial para juntar a los distintos actores y así poder comprender más ampliamente el proceso de ETS, sus objetivos y relación con la toma de decisión (LKB, ABG).

Sobre México se cree que después de la experiencia de diez años, de la creación del CENETEC y del programa de Evaluación y gestión de las Tecnologías de Salud, es necesario realizar una reingeniería. Se debe integrar a todos los actores, principalmente a los tomadores de decisiones, capacitarlos para que se sensibilicen y lo utilicen para la toma de decisiones. Como logro principal y también reto, consideran que ha llegado al momento donde las ETS están tocando distintos intereses de la industria, sector privado y del gobierno. La experiencia de México nos remarca que es fundamental la institucionalización de ETS en el sistema de salud. Como pendiente, comentan que los planes de salud no han contemplado realmente cómo las TS, especialmente los dispositivos y de alto costo (con los medicamentos si lo han hecho), impactan el presupuesto de los programas (VG).

El Salvador por su parte, ha logrado un aumento de casi el doble del presupuesto en salud entre 2009 a 2014 y el mejoramiento del sistema público de salud. Se ha impulsado un control de los medicamentos y

se ha creado el año pasado una institución independiente para este fin, que controla el precio y la calidad de los medicamentos. Así se han logrado disminuir los precios de los medicamentos entre el 40 y 60%. El ministerio actualmente está interesado en la creación de una unidad de ETS. Es necesario desarrollar competencias al respecto; un posible camino es a través de la facultad de medicina (LA).

En Brasil, los desafíos actuales son el logro de una buena comunicación, cómo los conocimientos obtenidos a través de las ETS pueden impactar positivamente las políticas de salud y lograr transparencia de los procedimientos (CP).

Sobre Perú, se hace una crítica a la última reforma de salud que no logra concretar propuestas para fortalecer el sistema público de salud. Se quería crear una agencia de ETS en el Instituto Nacional de Salud (INS), porque creían que era una situación privilegiada, independiente del ministerio de salud pero dentro del sector público, pero no tenían financiamiento y el Ministerio de salud no se los daba. Encontraron una posibilidad con el Ministerio de Finanzas, en un programa de presupuesto por resultado, que era una ventana de oportunidades ya que los programas de salud tenían 4% de presupuesto en evaluación que se podía disponer. Así comenzaron las ETS, principalmente sobre intervenciones de salud pública. Actualmente se está ampliando más las ETS y la Unidad. Su experiencia rescata la necesidad de financiamiento para poder desarrollar e institucionalizar la ETS (LSZ, AT).

En Ecuador, en la actualidad las barreras y desafíos que enfrentan en el país al momento es fortalecer las capacidades en ETS. Las redes (participar en este evento y otros) y los países con más experiencia son un insumo muy importante (RJS).

En Cuba, al tener un sistema nacional de salud, con las prestaciones garantizadas y gratuitas para toda la población, la integración de los procesos en salud se ve facilitada. Por ejemplo: la formación de los médicos cubanos. Se reflexiona sobre que si bien la medicina es única, didácticamente hay que ver la individual y la social. La ETS como se la piensa generalmente, con tecnologías duras, sirve más para la medicina individual, pero la medicina social, colectiva, debe evaluarse también, y es la ETS también que debe medirla, porque la intersectorialidad, los programas de promoción y prevención, la gestión en salud, también son tecnologías sanitarias (PCS).

En Colombia, se logró incluir a distintos actores mediante la realización de cursos gratuitos específicos para pacientes y para la sociedad científica. Los retos principales son al momento de abordar una ETS, para qué indicación se estudia (AM). Otro de los retos que afrontan es con los dispositivos médicos que habiendo gran variedad dentro de un mismo tipo es difícil decidir cuál evaluar (BR).

En general, una ETS se realiza para una indicación específica, de una forma restrictiva para un determinado uso, y los médicos, prestadores y pacientes a veces no lo comprenden, ya sea por desconocimiento o por otros intereses. Los médicos, por muchos años han ejercido la profesión libremente, por lo cual no están acostumbrados al ejercicio no libre de la profesión, tanto científicamente como por intereses propios (GW). Hay que socializar la información de las ETS, desarrollar capacidades para mejorar la comunicación y compartir la información para crear legitimidad de las ETS (CP, BR, AM). Es más fácil traducir la decisión de una ETS que recomienda la no introducción de una tecnología, que emitir una recomendación condicionada a ciertas indicaciones. Es un reto

necesario y hay que tener herramientas de gobernabilidad para hacerlo (RB). Así mismo, es necesario entender la importancia de construir directrices, guías para poder definir sobre las tecnologías, para que sirven, que indicaciones y quienes serán los beneficiados (KSC). En la actualidad introducir TS sin ningún análisis de efectividad o costo efectividad, es un grado de ignorancia que ya no es aceptable (IGI).

También se reflexionó sobre el desafío que tienen todos los países de incluir más actores en la ETS. La necesidad de generar estrategias para comprometer y vincular a los colegas y no ser soberbios en nuestro proceder (AP). Es necesario que todos los actores comprendan el sentido de las ETS y su rol en el apoyo a la toma de decisiones. En la medida que se integran más actores y existe un diálogo amplio entre los mismos se consiguen mejores resultados, procesos más transparentes y mayor legitimidad de la ETS (PCS, CM, CP). Un ejemplo claro son las investigaciones comisionadas (IGI).

Propuestas para la implementación de acciones en el área de ETS e Incorporación de Tecnologías para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud.

Moderador: Alexandre Lemgruber, OPS

En esta sección se tratará de agrupar e identificar las propuestas que surgieron de los debates, enfocadas al rol de la ETS en la toma de decisiones de cobertura de salud y a la experiencia de los países de la región; y las posibles líneas de trabajo para el futuro (AL).

- Integrar la ETS como herramienta fundamental para el apoyo a la toma de decisiones en el contexto de RedETSA. No tiene sentido trabajar fragmentados. Necesitamos retroalimentar los componentes que intervienen en los procesos de toma de decisión de cobertura, desde la ETS hasta la utilización de servicios con estrategias para la correcta utilización de las tecnologías de salud. La integración se debe realizar en todos los niveles de decisión: dentro de los países, a nivel regional y de la cooperación de la OPS a los países.
- Aprovechar las capacidades creadas para poder avanzar de una forma más integral y organizada. Por ejemplo evaluar el papel de los comités de farmacoterapeutas de los países, si es factible ampliar su función a la evaluación de otras tecnologías de salud. Otra propuesta con el mismo objetivo es utilizar la documentación que otros países han generado, como España, y adaptar a nuestra región.
- Desarrollar actividades compartidas entre evaluadores de tecnologías y tomadores de decisiones para mejorar la integración.
- Mejorar la transparencia de los procesos de ETS instaurando el diálogo entre las instituciones: sociedad científica, agencias, ministerios, industria, profesionales sanitarios, pacientes y la sociedad. Desarrollar un lenguaje común y compartir criterios, conceptos racionales. Reproducir la estructura en red en todas las instancias. Integrar en el proceso a los organismos de control y a las agencias de regulación y que todos sus informes sean públicos.
- Incluir más actores en los procesos de ETS: profesionales sanitarios y pacientes para legitimar la ETS y su función como instrumento para la toma de decisiones de cobertura. Desarrollar estrategias

para que los médicos y colegas se vinculen y conozcan la ETS, y no se sientan desplazados, y nosotros no desplazarlos.

- Implementar un plan integrado de capacitación, tanto regional como en los países específico para los distintos actores. Todos los participantes han coincidido en la importancia de la educación y capacitación sobre ETS entre sus colegas, los tomadores de decisión, la sociedad científica, los médicos y los pacientes.
- Desarrollar e implementar una caja de herramientas (tool-kit) para apoyar los países a mejorar sus procesos de toma de decisiones. Una posible herramienta que se propuso fue la elaboración de un formulario sistematizado y simple, a ser completado por cada institución, que compile los pasos y datos claves de cada ETS realizada, y sirva como compendio de las ETS de la región.
- Incorporar la ETS y Toma de Decisión en la discusión actual en los países sobre la Estrategia Regional de CUS. Tener como recurso las oficinas de la OPS de país para que se incluya a la ETS en estas instancias de discusión.
- Dinamizar y formalizar intervenciones de colaboración e intercambio de relaciones Sur-Sur. Realizar una o más ETS de problemas comunes de la región en el contexto de RedETSA para fortalecer la red y darle visibilidad. Desarrollar modelos económicos centrados en nuestra región, por ejemplo para regular los precios de los medicamentos. Otra propuesta con el mismo fin es poner en contacto a los diferentes profesionales de la región entre sí (economistas con economistas, etc.) para que compartan información y experiencias, discutan y aumenten sus capacidades técnicas.
- Realizar un estudio con la cantidad de reportes de ETS producidos y utilizados por el resto de los países de Latinoamérica que cuantifique los beneficios de la ETS en los sistemas de salud de esos países, que sirviera de estímulo a las autoridades de otros países, como prueba de la factibilidad y necesidad del uso de ETS para la mejora de la toma de decisiones de cobertura de salud.
- Discutir el rol de la OPS. Tener en cuenta las resoluciones a nivel regional OPS, y OMS ahora, para que sirvan de apoyo para institucionalizar la ETS en los países. La OPS debería utilizar la ETS en sus propios productos y dar el ejemplo, por ejemplo en la lista de medicamentos esenciales.
- Buscar dialogo con las agencias reguladoras dentro de los países y fuera. Por ejemplo, que las agencias de Europa estén dispuestas a dar respaldo a las agencias de otros países cuando surge una decisión controversial en un país.
- Compartir observatorios o plataformas virtuales donde encontrar los informes, desafíos y experiencias novedosas de la Región. Para fin de este año se estará construyendo un sitio web propio de RedETSA que facilitará el intercambio de experiencias entre los países, no solo en ETS sino en toma de decisiones.
- Seguir buscando sinergia con actividades y las redes. Tener puntos focales en todos los países.

- Trabajar en mejorar la comunicación de los resultados de las ETS. Existe una cuestión política muy importante que tiene que ver con que el impacto de la ETS está relacionado con la integridad de su producto y no sólo con la integridad de su proceso. Hemos subestimado la importancia de comunicar por qué se toma una decisión u otra, y ese es el camino que dará legitimidad y transparencia a la toma de decisiones.

Conclusiones

El seminario ha sido muy exitoso, con la participación de 13 países de la región, la OPS/OMS y otras organizaciones internacionales, en un debate intenso y productivo.

La ETS es un instrumento sumamente necesario para avanzar hacia la CUS. Es fundamental que se integre al proceso de priorización, que forma parte también de la gestión, que debería estar vinculada con un conjunto de prestaciones, garantizado y exigible, para toda la población. En la discusión se rescataron valores centrales como el derecho a la salud, la necesidad de procesos transparentes, el diálogo amplio entre los distintos actores, la participación social y la rendición de cuentas por parte de los tomadores de decisiones donde se resguarde el bien común.

La región de las Américas muestra un alto nivel de solidaridad e integración que debemos seguir alimentando mediante el fluido intercambio de experiencias y capacidades técnicas, y la posibilidad de adaptar estudios de efectividad o modelos de evaluaciones económicas que contribuirán a aumentar la eficiencia de los sistemas de salud de la región.

Algunos países han avanzado mucho en los últimos años en materia de ETS, sin embargo en gran parte de ellos los procesos decisorios informados por ETS no están consolidados. La mayoría de los países no ha establecido vínculos explícitos entre la ETS y la decisión de incorporación de una tecnología de salud. Se coincidió en que es necesario un marco legal que apoye los procesos de ETS como instrumento para la toma de decisión. Además, es fundamental contar con financiamiento apropiado y voluntad política para lograr institucionalizar la ETS. Los países que menos recursos tienen son los que más necesitan utilizar la ETS como insumo para la toma de decisiones de cobertura para el aumento de la eficiencia del uso de sus recursos.

La región ha hecho grandes avances en salud y desarrollo humano. En este sentido, es importante comprender la capacidad de la ETS para aportar a la mejora de la salud de las poblaciones, principalmente a las de menos recursos, de la manera más eficiente, con la mayor calidad y hacia sociedades más equitativas. Decididamente, la ETS va a cambiar el mundo de la salud, pero para eso necesitamos trabajar más en ello.

Listado de Participantes:Región de las Américas:

País	Participante	Iniciales	Organización
ARG	Andrés Pichon-Riviere	APR	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Centro Colaborador OMS/OPS
ARG	Sebastián García-Martí	SGM	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Centro Colaborador OMS/OPS
ARG	Guillermo Williams	GW	Ministerio de Salud Argentina: Unidad Coordinadora, Evaluadora y Ejecutora de tecnologías Sanitarias (UCEETS)
BRA	Clarice Petramale	CP	CONITEC. Ministério da Saúde Brasil
BRA	Vânia Canuto	VC	CONITEC. Ministério da Saúde Brasil
BRA	Jorge Barreto	JB	Coordenação de ATS do Ministério da Saúde (CGATS/MS)
BRA	Janaína Sallas	JSA	OPS/BRA
BRA	Marisa da Silva Santos	MSS	Instituto Nacional de Cardiología (INC)
BRA	Renato Garcia	RG	Instituto de Engenharia Biomédica/Universidade Federal de Santa Catarina (IEB/UFSC), Ctro. Colaborador OMS/OPS
BRA	Karla Santa Cruz Coelho	KSC	Instituto de Engenharia Biomédica/Universidade Federal de Santa Catarina (IEB/UFSC), Ctro. Colaborador OMS/OPS
BRA	Gustavo Henrique Trindade da Silva	GTS	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
BRA	Telma Rodrigues Caldeira	TRC	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
CHI	Lucy Kuhn Barrientos	LKB	Depto. de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Chile
CHI	Andrea Basagoitia González	ABG	Subdepto. de Estudios y ETESA - Instituto de Salud Pública (ISP)
COL	Beatriz Rodríguez	BR	Dirección de Regulación de Beneficios – Ministerio de Salud de Colombia
COL	Aurelio Mejía	AM	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
CUB	Pastor Castel-Florit Serrate	PCS	Director de la Escuela Nacional de Salud Pública
COR	Mauricio Duarte Ruano	MDR	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
COR	Ana Eduviges Sancho Jiménez	ASJ	Ministerio de Salud de Costa Rica
ECU	Ruth Jimbo Sotomayor	RJS	Ministerio de Salud de Ecuador
ELS	Luis Alberto Alfaro	LA	Ministerio de Salud de El Salvador
MEX	Veronica Gallegos	VG	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), Centro Colaborador OMS/OPS
PAR	Pedro Galvan	PG	Ministerio de Salud Pública y Bienestar
PER	Lely del Rosario Solari Zerpa	LSZ	Instituto Nacional de Salud (INS)
PER	Augusto Tarazona	AT	Ministerio de Salud de Perú
URU	Alarico Rodríguez	AR	Fondo Nacional de Recursos (FNR)
URU	Ana Pérez	AP	Ministerio de Salud de Uruguay
CAN	Reiner Banken	RB	Institut National d' Excellence en Santé et en Services Sociaux - INESSS
CAN	Jordi Pardo	JP	Institute of Population Health/University of Ottawa, Centro Colaborador OMS/OPS

OPS- Oficina Central:

Participante	Iniciales	Departamento
Alexandre Lemgruber	AL	HSS/MT
Amalia del Riego	ADR	HSS/HS
James F	JF	HSS
Julio Siede	JS	HSS/HS
Cristian Morales	CM	HSS/HS
Jose Luis Castro	JLC	HSS/MT
Carla Saenz	CS	KMC
Malen Hollmann	MH	Relatoría
Francisco Caccavo	FC	HSS/MT. Relatoría.

Fuera de la Región:

País	Participante	Iniciales	Organización
AUS	Wendy Babidge	WB	Royal Australasian College of Surgeons
AUS	Tara Schuller	TS	Royal Australasian College of Surgeons
CAN	Chris Sargent	CS	HTAi
ESP	Jaime Espin	JE	Escuela Andaluza de Salud Pública
EEUU	Amanda Glassman	AG	Center of Global Development
FRA	David Banta	DB	Universidad de Maastricht
UK	Thomas Wilkinson	TW	NICE
UK	Iñaki Gutierrez-Ibarkuzea	IGI	EuroScan
UK	Carole Longson	CL	HTAi / NICE
OMS	Adriana Velazquez	AV	OMS