



# **VII Encuentro de Países Miembros de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas**

**10 y 11 de septiembre de 2015**

**Santiago, Chile**

**Informe**

**Elaborado por OPS, secretaría de RedETSAs**

El VII Encuentro de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA) tuvo lugar en Santiago de Chile, los días 10 y 11 de septiembre de 2015. El primer día se realizó una sesión abierta a miembros externos a la Red, dedicada al discutir las implicancias del uso de umbrales de costo efectividad en la toma de decisiones de incorporación de tecnologías en salud. El segundo día se realizó una sesión exclusiva para miembros donde se discutió el progreso de la Red, de sus instituciones, temas de interés y proyectos futuros. La agenda del encuentro puede ser consultada en el Anexo 1 de este documento.

## **PARTICIPANTES**

El día 10 de septiembre, asistieron al Encuentro 37 personas en representación de 25 instituciones de 13 países.

El día 11 de septiembre, asistieron al Encuentro 30 personas en representación de 20 instituciones de 11 países.

Las listas de participantes pueden ser consultada en los Anexo 2 y 3 de este documento.

### **Día 1 – Jueves, 10 de Septiembre – Hotel Grand Hyatt**

#### **Taller sobre Umbrales de costo-efectividad**

## **BIENVENIDA**

La Dra. Marianela Castillo, Asesora en Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile, dio la bienvenida en nombre de la Ministra de Salud a los miembros de RedETSA y a los invitados, y agradeció por la oportunidad de permitir a Chile ser el anfitrión de este importante encuentro. Hizo énfasis en la relevancia que tiene para Chile formar parte de la Red y contribuir a la misma en este momento en el que el rol la Evaluación de Tecnologías en Salud adquiere cada vez mayor importancia.

A continuación tomó la palabra Alexandre Lemgruber, Asesor Regional en Tecnologías Sanitarias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) quien agradeció al país anfitrión, a los representantes de las instituciones miembros de la Red y a los invitados por participar de la reunión, y resaltó que al VII Encuentro de RedETSA le anteceden las reuniones realizadas en Rio de Janeiro (2011), Lima (2012), Bogotá (2012), Brasilia (2013), Washington D.C. (2014) y México (2014). Luego explicó la importancia, objetivos y dinámica de la Reunión. Enfatizó que el análisis costo-efectividad es una herramienta muy utilizada en la toma de decisiones de asignación de recursos en salud y, como parte de este análisis, el umbral de costo-efectividad es un elemento de gran importancia para evaluar el valor de disposición a pagar por las tecnologías médicas. Recordó también que la importancia del tratamiento de este tema en el seno de la Red había sido marcada por los miembros en reuniones pasadas.

## OBJETIVOS

1. Conocer el estado actual de la investigación sobre conceptualización y estimación de umbrales de costo-efectividad.
2. Presentar y discutir estudios empíricos sobre umbrales de costo-efectividad en países de bajos y medianos ingresos, destacando aquellas cuestiones que resulten de mayor importancia para la Región.
3. Discutir las potenciales consecuencias del uso de umbrales de costo efectividad en la toma de decisiones de incorporación de tecnologías en salud en los países de la Región.
4. Acordar acciones futuras para responder a las necesidades que los miembros de la Red identifiquen en relación al tema.

## PRESENTACIONES

Grupo de trabajo de Umbrales de costo-efectividad de International Decision Support Initiative (iDSI) - *Ryota Nakamura (University of York)*

El Profesor *Ryota Nakamura*, de la *Universidad de York*, hizo una presentación sobre el estudio del Grupo de trabajo de Umbrales de costo-efectividad de la *International Decision Support Initiative (iDSI)*. A continuación se resumen los principales puntos expuestos:

La International Decision Support Initiative (iDSI) es una asociación internacional formada por instituciones gubernamentales, universidades y *thinktanks* para apoyar a los responsables políticos en la priorización para alcanzar la cobertura universal en salud. La iDSI es financiada conjuntamente por la Fundación Bill y Melinda Gates; la Fundación Rockefeller; y el Departamento Británico para el Desarrollo Internacional. Podrá encontrar más información en el sitio web de iDSI: [www.idsihealth.org](http://www.idsihealth.org)

El análisis costo-efectividad es utilizado como guía en la toma de decisiones de asignación de recursos en salud en los países de bajos y medianos ingresos. En el marco de este tipo de análisis, los umbrales de costo-efectividad son la principal referencia utilizada para evaluar la relación *valor por dinero* de las intervenciones sobre la base de su razón de costo-efectividad incremental (ICER).

Hay una necesidad creciente de orientación sobre el uso apropiado de umbrales para diferentes contextos; sin embargo, existe poca investigación sobre la adecuada estimación de umbrales, y hay mucho desacuerdo dentro de la literatura tanto sobre lo que es relevante y cómo los umbrales indicados se deberían aplicar.

El valor umbral más difundido es el que fue elaborado por WHO-CHOICE, que indica que una intervención es recomendable cuando su ICER es menor a 3 PBI y muy recomendable cuando su ICER es menor a 1 PBI.

El estudio del Grupo de Trabajo de Umbrales de iDSI adoptó un enfoque en el que el umbral representa el costo de oportunidad del gasto en salud; este último depende de la productividad marginal del sistema de salud; y la productividad marginal se mide de acuerdo al impacto que el gasto en sanitario produce en la salud de la población. A partir de este enfoque, el Grupo de Trabajo de Umbrales de iDSI ha avanzado en una derivación de los umbrales de costo-efectividad fundamentada empíricamente, a partir del impacto en los resultados en salud de la población de cambios marginales en el gasto sanitario total. Los resultados hasta ahora encontrados muestran que los umbrales utilizados son inferiores a regla de la OMS. La información obtenida con este enfoque podría ser un punto de partida para la evaluación de los costos de oportunidad y podrían ayudar a identificar posibles inversiones y desinversiones.

Los umbrales resultantes no necesariamente deberían ser utilizados como regla de decisión, sino que podrían servir como insumo fundamental para informar la toma de decisiones. Entre sus limitaciones, este enfoque podría dificultar la valoración adecuada de variables como la innovación, carga de enfermedad y la equidad si el umbral fuera usado como regla de decisión.

El camino de la eficiencia: derivación del umbral de costo-efectividad en base al gasto en salud per-cápita y la expectativa de vida en 176 países - **Sebastián García-Martí (IECS)**

El Profesor Sebastián García Martí presentó un estudio llevado a cabo por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), de Argentina, de derivación del umbral de costo-efectividad en base al gasto en salud per-cápita y la expectativa de vida en 176 países.

El IECS es una institución académica independiente, afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, que se dedica a la investigación, la educación y la cooperación técnica en salud, con el objetivo de promover la utilización de la evidencia científica para acortar la brecha existente entre el conocimiento disponible y la toma de decisiones. Se puede encontrar más información en el sitio web del IECS: [www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar)

La costo-efectividad (CE) se utiliza cada vez más para la asignación de recursos en todo el mundo. Un obstáculo clave para su uso generalizado es la falta de una metodología ampliamente aceptada para derivar los umbrales en el sistema de salud (SS) o a nivel de país. El objetivo del estudio presentado es proponer una metodología y derivar umbrales de CE locales basados en el gasto en salud per cápita (GsPC) y la expectativa de vida (EV). El enfoque presentado se basa en la relación entre GsPC y EV; asumiendo que el aumento del gasto refleja la CE de las intervenciones añadidas para alcanzar la EV actual. Para el SS dispuesto a mantener o incrementar su tendencia de elevar GsPC con el fin de mejorar la salud, el umbral (medido en unidades de GsPC) será:  $\text{Umbral} = (LE + 1) * i - EV$ ; donde EV se mide en años de vida (LY) o AVAC; e  $i$  es la relación de aumento de GsPC que el SS está dispuesto a aceptar para aumentar la EV en una unidad (por ejemplo,  $i = 1,09$  para un aumento del 9%). Para SS con mandatos de contención de costos:  $\text{Umbral} = EV - ((EV-1) / i)$ , donde  $i$  representa el aumento realizado en el GsPC

para obtener la última unidad de EV. Se utilizó *OLS* para predecir  $i$  para 185 países, siguiendo tanto un enfoque transversal (2013) y uno longitudinal (2003 a 2013) a partir de datos del Banco Mundial. En función de los estratos de ingresos y EV, es posible para los países aumentar entre un 7 y un 10% su GsPC para un año de vida adicional y entre 10 a 13% para un AVAC adicional. Este costo representa umbrales de costo por AVAC que van de 9 a 11 GsPC en países de altos ingresos y a 5 a 8 GsPC en países de bajos ingresos, que se traduce en umbrales de 32 a 40 mil dólares en el Reino Unido; 83 a 101 mil dólares en EE.UU.; 6 a 7 en México mil dólares y 0,5 mil dólares en Uganda (en torno a 0,9, 1,8, 0,6 y 0,7 del PIB per cápita, respectivamente). Este enfoque, basado en datos ampliamente disponibles, podría ser útil para informar las decisiones en los países que utilizan evaluaciones económicas. Los resultados muestran umbrales generalmente más bajos que las promovidas por la OMS.

## MESA REDONDA

Luego de las presentaciones, el Profesor Panos Kanavos, de la London School of Economics, el Profesor Jaime Espín, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Dra. Vania Canuto, del Departamento de Gestión e Incorporación de Tecnologías en Salud (DGITS) de Brasil, y la Dra. Marianela Castillo, del Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile, dieron su opinión sobre el uso de umbrales de costo-efectividad en la toma de decisiones de cobertura de tecnologías en salud.

### *Marianela Castillo (MS Chile)*

La Dra. Marianela Castillo hizo una breve explicación de la actual situación del uso de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la Evaluación Económica en Chile y el uso de umbrales, que se resume a continuación:

En Chile, los primeros estudios de Evaluación Económica a nivel institucional fueron realizados en el año 1999. Desde entonces se realizaron múltiples estudios licitados por el Ministerio de Salud, múltiples iniciativas académicas, y fueron producidos internamente por el Ministerio de Salud estudios sobre temas de Salud pública tales como programas de screening, vacunas y medicamentos de alto costo. Existe un reconocimiento en las políticas públicas de la necesidad de ETS y EE, que se encuentra expresado en informes de comisiones presidenciales, tal como la de financiamiento en salud. No obstante, la cantidad de estudios locales es aún insuficiente y el número de investigadores es reducido.

El programa de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES) expresa que el criterio de costo-efectividad debe ser incorporado como criterio de priorización "*cuando sea posible*". A pesar de que las conclusiones de los reportes de ETS y EE no son vinculantes en las decisiones de incorporación de tecnologías al conjunto de beneficios AUGE-GES o a otros programas públicos, la realización de reportes de ETS y EE han permitido alcanzar logros significativos, como frenar la introducción temprana de tecnologías a precios muy altos. Tal fue el caso de la Vacuna del Virus del Papiloma Humano, que se implementó a USD16 por dosis cuando el precio originalmente propuesto por el proveedor era de USD 150 per cápita.

En el año 2013, el área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud lanzó una Guía Metodológica para la evaluación económica de intervenciones en salud en Chile, con el objetivo de Establecer un marco referencial metodológico para la elaboración de evaluaciones económicas en salud. En dicha guía se expresa un umbral de costo-efectividad de uso referencial de 1 PBI per cápita por QALY ganado o DALY evitado. En el caso de Chile, este valor ronda los USD 14.500, lo que sería un valor de decisión muy conservador, ante la falta de evidencia de que fuera mayor.

El establecimiento de un valor umbral presentaría diversas dificultades: existen múltiples modelos teóricos diferentes para establecer el valor umbral; habría intervenciones que seguirían estando cubiertas a pesar de estar por encima del valor establecido; sería necesario desarrollar varios umbrales; habría que soportar presiones políticas y de grupos de pacientes; la autoridad podría sentir incomodidad al usar los criterios económicos de decisión y existe riesgo de un potencial aumento de la judicialización de aquellas tecnologías cuyo valor quedara por encima del umbral.

Las posibles maneras de avanzar en la determinación de un valor umbral que resulte de utilidad podrían incluir la fijación de múltiples umbrales “referenciales” para diferentes ámbitos de aplicación, como enfermedades de bajo mediano y alto costo; por programas de cobertura; para diferentes situaciones o patologías, como el final de la vida o enfermedades raras. También sería una posibilidad investigar aspectos de *valor social* que permitan orientar el uso de los umbrales. La determinación de precio basado en el valor (value-based pricing) podría servir como base de negociación con proveedores. La judicialización debería enfrentarse de manera preparada, basada en la evidencia científica, revisada en el marco de los procesos establecidos.

### ***Vania Canuto (DGITS)***

La Dra. Vania Canuto, del Departamento de Gestión e Incorporación de Tecnologías en Salud (DGITS) de Brasil, hizo un breve resumen del uso de la ETS y del funcionamiento del sistema de salud en Brasil, y dio su opinión sobre la utilización de umbrales de costo-efectividad. A continuación se resumen los conceptos por ella expresados:

El sistema público de salud brasileño, conocido como SUS (Sistema Único de Saude) provee cobertura universal (toda la población puede acceder, incluso aquellos que tienen seguro privado), integral, de manera descentralizada y con foco en la equidad. En el año 2011 fue sancionada una ley que creó la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en Salud (CONITEC), que es la responsable de recomendar la incorporación o desinversión de las tecnologías en el SUS, además del desarrollo de guías de práctica clínica. Esta ley determina que la incorporación de tecnologías en el SUS debe estar basada en criterios de eficacia, seguridad y de costo-efectividad. La CONITEC está compuesta por un plenario de 13 miembros, que incluyen a las secretarías del Ministerio de Salud y demás agencias de salud del gobierno y una secretaría ejecutiva. La Comisión no toma una decisión sino que hace una recomendación al Ministro de Salud; no obstante, hasta la fecha, el 100% de las recomendaciones fueron aceptadas.

Las recomendaciones de CONITEC se realizan en base a criterios clínicos (seguridad, eficacia, efectividad, población afectada, indicación), económicos (costos, eficiencia, costo-efectividad, costo-utilidad, costo-beneficio, impacto presupuestario), relacionados al paciente (impacto social, ética, aceptabilidad, reacciones psicológicas, conveniencia, otros parámetros relevantes para los pacientes) y organizacionales (difusión, logística, utilización, accesibilidad, sustentabilidad). La CONITEC ha decidido no implementar un umbral de costo-efectividad aún en la formulación de sus recomendaciones, no obstante, es un tema de mucho interés para la Comisión. Un enfoque posible sería la implementación de múltiples umbrales para diferentes situaciones, como enfermedades crónicas, enfermedades raras, al final de la vida, situaciones agudas o de riesgo de vida (*rescue rule*). Además del apoyo a RedETSA para la exploración de este tema entre sus miembros, CONITEC se ha asociado con el Hospital Moinhos de Ventos para elaborar una revisión sistemática de las evaluaciones económicas ya realizadas en Brasil, de las tecnologías ya incorporadas en el SUS y una encuesta sobre el umbral de valor de disposición a pagar en Brasil.

Luego de la exposición de las representantes de los Ministerios de Salud de Brasil y Chile, el profesor Panos Kanavos, de la London School of Economics, y el profesor Jaime Espín, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, dieron sus opiniones sobre el tema. A continuación se resume brevemente los principales puntos expuestos por ambos:

#### ***Jaime Espín (EASP)***

El establecimiento de umbrales pretende hacer más explícito el proceso de toma de decisiones pero en realidad esconde variables importantes. La valoración de tecnologías en salud utilizando el valor umbral no considera el total de la carga de enfermedad y por ende su real impacto presupuestario (es decir, si el país tiene la capacidad de pagar la nueva tecnología para toda la población). La incorporación de una nueva tecnología con este criterio desplazaría otras tecnologías que en teoría son menos costo-efectivas, pero no se evaluaría si este reemplazo mejoraría o empeoraría la equidad en el acceso debido a las barreras introducidas posteriormente debido a problemas presupuestarios.

El valor umbral obtenido de las maneras en que hemos visto engloba en un promedio los QALYS y PBIs de los distintos países, pero no tiene en cuenta las poblaciones especiales (como los casos de poblaciones de enfermedades raras o pacientes en el final de la vida), ni tampoco las diferencias internas nacionales con diferentes cargas de enfermedad, diferente PBI per cápita, diferente acceso a los servicios de salud y muchas otras variables de no menor importancia. La homogeneización de estas particularidades en una sola variable, como lo es el umbral, no aumentaría la eficiencia sino que podría producir el efecto contrario.

Uno de los argumentos a favor del uso de umbrales es lograr reducciones de precios de parte de los proveedores de las tecnologías cuando el resultado de la evaluación de la tecnología está por encima de ese umbral. El anverso de esta situación es que revelar a priori el valor que se

está dispuesto a pagar por una tecnología debilita la posición al momento de realizar una negociación con los proveedores.

El concepto de valor umbral implica que las tecnologías que están por debajo del mismo debieran ser financiadas y las que están por encima no, pero en la práctica, las decisiones no siempre son tomadas en base a ese criterio único, por más que sean explícitos. Por ejemplo, el sildenafil fue evaluado como costo-efectivo en el año 2000 y no fue financiado a pesar de su eficiencia. En el caso de Suecia, se dijo que no era una prioridad en salud pública. En el mismo sentido, si se utilizara un umbral, posiblemente no se financiarían algunas prestaciones públicas sanitarias esenciales, como puede ser la hemodiálisis, si esta quedara por encima de un umbral previamente determinado. También se argumenta que el tener un umbral explícito favorece la transparencia en la toma de decisiones, pero hemos visto en los últimos años ejemplos como Ipilimumab en Inglaterra, donde el medicamento fue financiado tras un acuerdo confidencial luego de haber sido rechazado inicialmente por el NICE.

### ***Panos Kanavos (LSE)***

El establecer un valor umbral presupone que ese valor permitiría tomar decisiones de manera más eficiente, pero en la práctica las decisiones son mucho más complejas, y pretender reducirlas a una sola variable, y lograr que esa variable sea la única a la hora de decidir no es algo que ocurra ni siquiera en aquellos países con sistemas de HTA más institucionalizados, como el Reino Unido. En la mayoría de los países de Europa la costo-efectividad no es el único criterio usado en la toma de decisiones de cobertura; solamente Inglaterra y Escocia utilizan este único criterio. La costo-efectividad es sólo uno de los criterios. Sería interesante abordar la toma de decisiones desde la perspectiva del *multi-criteria decision analyses*.

La implementación de un modelo de toma de decisiones tan rígido como el de un umbral de decisión agravaría el problema de la judicialización, en una región en la que la judicialización ya es un problema grave.

Avanzar en el sentido de un sistema tan rígido, que no incorpore más variables que el umbral, implica el riesgo de recibir alta resistencia de parte de la sociedad y de deslegitimar los avances alcanzados en la institucionalización de la ETS en la toma de decisiones.

En el mismo sentido, los fundamentos en los que se basan estas construcciones adolecen de serios problemas metodológicos. Descreer de los umbrales tiene asidero en muchos casos. Es muy riesgoso confiar la toma de decisiones cuando aún es necesario avanzar mucho en los fundamentos metodológicos.

### **Panel de discusión**



Luego de la opinión de los representantes de los ministerios de Brasil y Chile, y de la opinión de los representantes de la Escuela Andaluza de Salud Pública y la London School of Economics, se integraron al panel los expositores, Ryota Nakamura y Sebastián García Martí, y los asistentes realizaron preguntas y reflexiones que dieron lugar a un debate. A continuación se resumen los principales temas discutidos:

### **Precisiones respecto de los estudios presentados**

Los expositores hicieron varias precisiones respecto de los modelos que se utilizaron para determinar los umbrales en los estudios presentados:

Se precisó que el objetivo de los estudios fue evaluar de manera histórica los umbrales de costo-efectividad. El valor del umbral, de acuerdo a este enfoque, no es un valor fijo sino que depende del gasto en salud. De esta manera, si un país define la cantidad de dinero que destinará al presupuesto de salud, calcular el umbral podría servir como herramienta para su ejecución adecuada.

En cuanto a los fundamentos, si bien es cierto que existe cierta incertidumbre en los mismos, los expositores opinaron que sería bueno tender hacia modelos cada vez más simples y análisis más complejos para, de esta manera, tener una noción más clara del nivel de incertidumbre. En su opinión, es posible conocer con un buen nivel de certeza en qué medida esa incertidumbre afecta al resultado haciendo análisis de sensibilidad

### **Consideraciones respecto de la carga de enfermedad y la equidad**

Se retomaron las ideas de que el uso de umbrales no considera la carga de enfermedad ni la equidad. Los panelistas explicaron que si bien aún no hay una manera de incorporar la carga de enfermedad en el cálculo de la costo-efectividad, existen estudios muy prometedores en curso que exploran esta posibilidad. También se aclaró que la principal idea de tener un umbral es poder valorar de manera más clara el costo de oportunidad de cada tecnología que es incorporada, y no necesariamente su utilización como única variable de decisión.

### **Múltiples umbrales**

La posibilidad de adoptar múltiples umbrales de costo-efectividad, para diferentes poblaciones o situaciones, tuvo un amplio consenso. Panelistas y participantes mencionaron la diferente valoración por parte de la sociedad de un QALY en un paciente que padece una enfermedad terminal que en un niño o que un paciente que padece una enfermedad rara, por ejemplo. También se planteó el caso de las tecnologías innovadoras, que en su mayoría no resultarían costo-efectivas en los países de la Región, y no serían incluidas si se utilizaran umbrales de manera estricta. De todas maneras, se reconoció que si los umbrales fueran más de tres o cuatro perdería sentido el contar con un umbral.

### **Diferencias según el contexto**

Parte de la discusión giró en torno a la diferencia de impacto que tendría contar con un umbral en los países de Latinoamérica y en países con sistemas de toma de decisiones más maduros, como algunos países de Europa. Se mencionó que en estos los últimos, donde los sistemas cuentan con más información, el umbral podría verse como una simplificación que podría complicar la toma de decisiones, mientras que en la mayoría de los países de la Región de las Américas, donde aún existen intervenciones que son financiadas sin considerar criterios económicos, este dato podría ser muy orientador. La disponibilidad de recursos sigue siendo un problema de mayor magnitud en Latinoamérica que en Europa; el contar con un umbral podría servir como criterio “knock-out” para descartar aquellas intervenciones cuya costo-efectividad se encuentra muy lejos de las posibilidades de financiamiento del sistema de salud. Por otro lado, los déficits metodológicos se mencionaron como un problema que podría ser generalizable. Se volvió a enfatizar la diferencia entre conocer o contar con un umbral y utilizar el mismo como criterio automático de decisión.

### **Judicialización**

La judicialización es un problema de gran magnitud en la Región y el posible impacto del uso de umbrales en la misma también fue discutido. Hubo perspectivas encontradas a este respecto. Algunos asistentes consideraron que la utilización de un umbral aumentaría la litigiosidad. En este sentido, se mencionó que, a pesar de los esfuerzos de institucionalización de la ETS en países de la Región, como Colombia y Brasil, la judicialización no disminuyó sino que incluso aumentó, como alternativa encontrada por la industria para eludir el proceso institucional. Por otro lado, desde una perspectiva más optimista, otros opinaron que es necesario un cambio cultural de parte de sociedad civil, la industria y la Justicia para que el problema de la judicialización mejore, y este tipo de cambios toman más tiempo que el que ha transcurrido desde el inicio de los procesos de institucionalización de la ETS.

### **Conclusiones**

Al finalizar, los presentadores y el Ing. Alexandre Lemgruber, en representación de la Secretaría de RedETSA y a cargo de la moderación de la sesión, hicieron sus conclusiones finales.

#### ***Ryota Nakamura***

El profesor Ryota Nakamura destacó el valor de haber escuchado la perspectiva de los evaluadores y agregó que se intentará incorporar los aportes hechos por los representantes de las instituciones, dado que son los destinatarios finales del instrumento. Insistió en que la intención de conocer el valor umbral es la de aportar información a los decisores, no la de restringir la decisión a este valor.

#### ***Sebastián García Martí***

El profesor Sebastián García Martí hizo énfasis en la dificultad de ejecutar un presupuesto de salud sin contar con el dato de umbrales. Dijo también que quizás a medida que los sistemas de toma de decisiones de la Región fueran aumentando su complejidad y sofisticación, el valor de este dato iría

disminuyendo en importancia relativa. No obstante, en su opinión, sería un aporte muy valioso para la Región en el contexto actual.

### ***Panos Kanavos***

El profesor Panos Kanavos destacó el crecimiento de la evaluación de tecnologías y la relevancia que ha adquirido en la toma de decisiones en los últimos años en la Región. También hizo énfasis en los intereses y dificultades comunes de los países de la Región y elogió la colaboración en Red, a la que señaló como la mejor manera de maximizar estas similitudes.

### ***Jaime Espín***

El profesor Jaime Espín coincidió con el profesor Kanavos y remarcó que el umbral de costo-efectividad, más allá de las controversias mencionadas, no es en sí mismo una solución a los problemas de toma de decisión sino, en el mejor de los casos, una variable o herramienta más en la toma de decisiones, con todas sus ventajas y desventajas. Además argumentó que es necesario hablar de “Value based differential pricing” como mecanismo de ayuda a la fijación del precio, que tenga en cuenta eficiencia y umbrales, pero siempre adaptados a las realidades socio-económicas de cada país.

### ***Vania Canuto***

Algunos países ya han incorporado el umbral de costo-efectividad como herramienta de decisión; otros países lo han incorporado pero sólo como una referencia. Enfocarnos en la experiencia de estos países nos permitirá apreciar sus ventajas y desventajas y tomar la mejor decisión a los países que aún no lo hemos hecho.

### ***Marianela Castillo***

La Dra. Marianela Castillo, destacó la excelencia de los estudios presentados por iDSI y por el IECS, y la utilidad de conocer la rentabilidad de la inversión en salud, más allá de la implementación o no de un umbral de costo-efectividad. Coincidió en que para poder implementar un umbral es necesario mejorar los métodos de análisis, lograr un amplio respaldo de la academia y consenso social. Hizo énfasis en que la mejor manera de tomar decisiones es prestando atención al contexto y que, para avanzar en este sentido es muy importante que las decisiones sean lo más informadas posibles. Precizando en el uso de umbrales, remarcó que en su opinión es una herramienta cuyas consecuencias son diferentes según el contexto. Aludió nuevamente al caso de la vacuna de HPV, cuyo costo inicial era de USD150 y que fue adoptada a USD16 la dosis luego de realizada una evaluación económica y negociación por parte del Ministerio de Salud, para ilustrar el sentido del impacto que usualmente tendría en la Región.

### ***Ing. Alexandre Lemgruber***

El Ingeniero Alexandre Lemgruber, en representación de la Secretaría de RedETS, destacó la riqueza de la discusión y la importancia de explorar la utilidad del uso de umbrales de costo-efectividad para

mejorar el proceso de toma de decisiones. Recordó a los asistentes que el tema fue propuesto por los miembros de la Red en la última reunión, en noviembre de 2014 en México. Agregó que, aunque la discusión pueda sonar lejana para algunos países, teniendo en cuenta la heterogeneidad de la Región en cuanto a su nivel de institucionalización de ETS, es importante que la Red pueda avanzar en simultáneo tanto en aquellos desafíos que enfrentan los países menos avanzados como los más avanzados. “Como miembros de una red joven, tenemos que estar listos para abordar estos temas, y tener una idea de cual sería el mejor abordaje para que, llegado el caso de que un país decidiera avanzar en este sentido, lo hiciera de la mejor manera posible, aprendiendo de las lecciones de los demás países”.

Concluyó pidiendo la colaboración a todos para que esta actividad fuera el punto de inicio de una discusión a ser continuada de manera virtual y en subsecuentes encuentros de la Red.

## **Día 2 – Viernes, 11 Septiembre – Crowne Plaza**

### **Reunión cerrada de Miembros de RedETSA**

## **BIENVENIDA**

La sesión del día 11 fue cerrada a miembros de RedETSA. En nombre de OPS, como secretaria de RedETSA, AL dio la bienvenida y agradeció a todos los miembros de la reunión, especialmente al Ministerio de Salud y el ISP de Chile por todo su apoyo y la hospitalidad.

### **Sesión 1: Actualización del estado de la Red**

#### **Actualización de las actividades de RedETSA por el Secretariado**

El Ing. Alexandre Lemgruber, en representación de OPS, actualizó las actividades llevadas a cabo por parte del secretariado de la Red desde la última reunión. Mencionó la composición de la Red hasta ese momento (26 miembros, de 14 países y OPS como Secretaria), e hizo un breve resumen de la Resolución CSP 28.R9 y del Informe de Progreso de la misma, que fue aprobada por el Comité Ejecutivo de la OPS y que sería expuesta el 28 de septiembre ante el Consejo Directivo de OPS (podrán encontrar el texto completo del Informe de Progreso en el siguiente link: <http://goo.gl/OCFoDI> ) Se refirió también al avance del proyecto ADVANCE-HTA, cuya última entrega, consistente en una *caja de herramientas* para la toma de decisiones utilizando ETS sería realizada a la Comisión Europea el 30 de septiembre. Detalló los avances en el sitio web de RedETSA ([www.redetsa.org](http://www.redetsa.org)) que incluye, entre otras cosas, una sección de novedades, un formulario de contacto, la información de los miembros de la red y el enlace a la web de sus instituciones. Hizo una actualización del estado de la comunidad de prácticas, además de anunciar su relanzamiento en el mes de noviembre. Repasó el programa de webinars iniciado en julio de 2015 detallando las sesiones realizadas y el cronograma futuro. En cuanto a las actividades de capacitación, detalló los países beneficiarios de las becas otorgadas para los cursos de ETS y EE ofrecidos por el IECS, el curso de Introducción a la ETS y EE desarrollado en el Campus de Salud Pública de OPS, con 352 aplicaciones, 47 participantes de 20 países, y el curso integrado, en desarrollo, de Evaluación y Uso Racional de Tecnologías en Salud, en colaboración con la Universidad Nacional de La Plata y el IECS. Por último, agregó la reciente iniciativa de proponer un tema de debate mensual, que resulte catalizador de los temas de interés de los miembros de la Red. El tema del mes de agosto fue “Cómo la ETS puede contribuir a mejorar las políticas de precios de medicamentos de alto costo en la Región”, y el del mes de septiembre fue “Uso de umbrales de Costo-efectividad en la toma de decisiones de cobertura de tecnologías en salud”.

#### **Actualización de parte de los miembros de la Red**

Tal como estaba previsto en la agenda, cada representante presentó la actualización desde la última reunión. En representación de **Argentina**, Verónica Sanguine habló en nombre de **UCEETS**, y explicó que se realizan reuniones con una frecuencia mensual, con el objetivo de compartir metodologías para la elaboración de informes de ETS y otros documentos, para la revisión conjunta de los documentos producidos antes de ser compartidos a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (<https://sisa.msal.gov.ar>). UCEETS también se ocupa de la organización de capacitaciones en ETS.

También de **Argentina**, Sebastián Garcia Marti, del **IECS**, resaltó que han agregado dos nuevos cursos que tratan sobre modelización utilizando Excel y costeo en evaluación económica, alcanzando un total de 5 cursos sobre ETS y EE en su oferta. El detalle de los mismos se encuentra disponible en la página web del IECS ([www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar)). Se mantendrá la oferta de 6 cupos anuales para los miembros de RedETSA para estos cursos. El IECS también se encuentra desarrollando un curso en conjunto con la Universidad Nacional de La Plata, con el objetivo de colocarlo en el campus virtual de OPS, que sería la fusión de 3 cursos ya desarrollados: Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Gestión de Sistemas de Salud y Uso racional de Medicamentos.

Vania Canuto habló en representación de **DGITS/Ministerio de Salud de Brasil**. El balance de los tres primeros años de CONITEC se encuentra disponible en el la web. En 2014 fueron publicados dos importantes informes sobre evaluaciones de drogas para la hepatitis C y stent liberador de drogas para enfermedad coronaria. En asociación con la UFMG, CONITEC lanzará próximamente un informe sobre desinversión y una de Guía de Práctica Clínica (GPC) en asociación con el Instituto Nacional de Cardiología (INC) y el Instituto Nacional del Cáncer (INCA). Se realizó una iniciativa en conjunto con OPS sobre formación en Guías de Práctica Clínica para ser lanzada a mediados de septiembre de 2015. Hace dos años, CONITEC creó un nuevo tipo de informe, simplificado, de 3 páginas, también disponible en su sitio web, para lo que los pacientes pueden hacer contribuciones a través de consultas públicas. Otro logro es el *clipping* mensual, donde la Comisión presenta brevemente sus recomendaciones, consultas públicas, resultados e informes destinado a informar a la sociedad. La página web de CONITEC está disponible en portugués y español y, a partir de 2016, también en inglés.

El **INC**, de **Brasil**, estuvo representado por Márcia Gisele y Kátia Senna quienes explicaron que el INC ha estado llevando a cabo muchos trabajos de ETS para CONITEC y que el Hospital del Instituto ya reconoce la importancia de la ETS. El INC ha contratado a una persona para administrar el sitio web RedETSA, en colaboración con la OPS, y solicitó a los miembros a contribuir con temas, noticias y eventos que consideren importante difundir. Aprovecharon la ocasión para comunicar que el INC llevará a cabo un Grupo de Discusión online, en conjunto con CONITEC, el día 20 de octubre, e invitó a todos los miembros de la Red a participar. Para más información, puede acceder a: <http://redetsa.org/wp/?p=1134> La Dra. Marisa Santos, participó de la reunión de EuroScan en representación de RedETSA, en la que se acordó abordar el tema del "monitoreo tecnológico" en el sitio web de la Red. En relación con la participación de RedETSA en la reunión anual de EuroScan, en Oslo, AL mencionó que la Red fue invitada y muy bien representada por el INC. RedETSA también fue invitada a participar en la reunión de INAHTA, y en este

caso fue representada por el Ministerio de Salud de Uruguay, en la figura de Ana Pérez, que también hizo un excelente trabajo.

En representación del **Centro colaborador de Universidad Federal de Santa Catarina, de Brasil**, expuso el Profesor Renato García, quien indicó a los demás miembros que el principal foco de trabajo son los equipos médicos. En el último año han desarrollado múltiples actividades con REBRATS y ANVISA, y han programado actividades futuras en la ciudad de Florianópolis.

Alicia Framarin, en representación de **INESSS (Quebec, Canadá)**, informó que la agencia ha experimentado cambios importantes en su estructura organizativa en el último tiempo. A su entender, INESSS tiene interés en decisiones a un nivel más “micro” que el Ministerio de Salud. En el último tiempo, muchas instituciones de salud han cerrado en Quebec y, por el contrario, INESSS ha crecido, incluso absorbiendo profesionales que salen de otras instituciones. Debido a que se encuentra en este periodo de cambios importantes, este fue el primer año que INESSS no envió representantes a HTAi ni a INAHTA, no obstante esta es una situación temporal y se espera que cambie para el próximo año. El presidente de INESSS ha expresado por escrito su interés en RedETSA y en colaborar con la incorporación de los países del Caribe.

Andrea Basagoitia, en representación del **ISP, de Chile**, dijo que el instituto tiene un nuevo director y que ella ahora se encuentra trabajando en el Ministerio de Salud por 6 meses. Sin embargo, durante este período, Rodrigo Villegas será el encargado de representar al ISP en las reuniones de RedETSA. Según explicó, el nuevo director está interesado en que el ISP continúe siendo miembro de RedETSA. Desde la última reunión, el instituto ha desarrollado programas de capacitación sobre ETS. También comentó que el ISP está trabajando con el BID en el observatorio de medicamentos de alto costo y de medicamentos para enfermedades raras.

El **Ministerio de Salud de Chile** estuvo representado por Marianela Castillo quien explicó que el área de ETESA ha aumentado su recursos humanos a un total de 6 personas, siendo ella la responsable del área. Explicó que han trabajado en la implementación de GPC de enfermedades raras y también en el primer decreto de Ley que da acceso a los medicamentos oncológicos de alto costo. También se ha trabajado en conjunto con FNR, de Uruguay, para la transferibilidad de los informes de ETS y los datos económicos. El área de ETESA fue invitada a participar en el Policy Forum de America Latina que organiza HTAi. Alexandre Lemgruber aclaró que la OPS no puede tener ningún papel en la organización del evento o promoción del Policy Forum de America Latina de HTAi, pero que puede participar como invitado.

Por parte del **Ministerio de Salud de Costa Rica**, Ana Eduviges explicó que existe una Comisión Nacional, coordinada por el Ministerio, integrada por la academia, la CCSS y otras instituciones. La ETS ha tomado un gran impulso desde la asunción del nuevo gobierno, en el año 2014. A pesar de que aún no se realizan ETS en el país, este impulso constituye una oportunidad para promover la institucionalización del tema. El Ministerio de Salud de Costa Rica se encuentra llevando adelante un proyecto en colaboración con el BID para aumentar la institucionalización de la ETS, y ha solicitado expresamente la

participación de la OPS en el mismo. A raíz de este pedido, Alexandre Lemgruber va a participar, en representación de OPS, en el taller organizado por el BID el próximo 5 de noviembre. Esta iniciativa permitirá el fortalecimiento de RedETSA. La CCSS fue representada por Mauricio Duarte quien expresó que algunos informes ya fueron utilizados para apoyar la toma de decisiones en la institución.

La Dra. Ana Margarita Toledo, en representación del **Ministerio de Salud de Cuba** explicó que la relevancia de la evaluación de tecnologías en salud ha ido aumentando en el último tiempo en Cuba. Agregó también que el sistema de salud en Cuba se encuentra en proceso de reforma y que incluso el mismo proceso de reforma está siendo evaluado, de la misma manera en que se evalúan otras tecnologías. En cuanto a la capacitación de los recursos humanos, se está planeando la implementación de un curso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Evaluaciones Económicas en conjunto con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina.

En representación del **Ministerio de Salud de El Salvador**, Giovanni Guevara explicó que el año pasado concluyó el plan quinquenal de desarrollo de gobierno, que posicionó el desarrollo de la ETS a partir de la creación de una Dirección Nacional de Tecnologías Sanitarias. Asimismo, una unidad de Evaluación será creada en la Dirección Nacional de Medicamentos. El Ministerio de Salud recibió mayor cantidad de fondos, lo que le permitirá generar nuevas capacidades, capacitar a los recursos humanos, organizar eventos y posicionar el tema. De esta forma, espera que se consiga contrarrestar de mejor manera las presiones ejercidas por la industria, muchas de las cuales se ejercen a través de litigios judiciales. También invitó a los miembros de la Red al Encuentro Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, a realizarse en el mes agosto del año próximo en San Salvador. Hizo referencia además a la participación de El Salvador en la reunión del Proyecto de Bienes Públicos Regionales, del Banco Interamericano de Desarrollo, desarrollada en los días previos en Santiago de Chile. Refirió que la posición expresada por El Salvador en dicha reunión fue que es necesario que las instituciones de la Región involucradas en la Evaluación de Tecnologías en Salud y temas afines busquen coordinar sus esfuerzos, y que los productos del proyecto sean públicos, y compartidos con los miembros de RedETSA.

Mariana Pineda, habló en representación de **CENETEC**, de **México**. Destacó el aumento en la magnitud de solicitudes recibidas de inclusión y exclusión de medicamentos y dispositivos por la agencia, especialmente en el último año -desde enero se recibieron alrededor de 50 solicitudes. CENETEC ha iniciado la evaluación de medicamentos para hepatitis C y ha comenzado a evaluar equipos médicos; explicó que estos dos tipos de tecnologías son de suma importancia para el país dado que tienen un alto impacto financiero y un gran potencial de reducción de costos.

En representación del **Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU)**, la Dra. Lourdes Kusunoki, propuso buscar una mayor coordinación entre el mismo y RedETSA. Indicó que sería importante lograr que fuera la misma persona quien representara a las instituciones miembros en ambas instancias. Detalló también algunos acuerdos alcanzados por ORAS, como un acuerdo de descuentos en capacitaciones con el IECS y un acuerdo de pasantías con la Universidad Carlos III de España, que podrían ser coordinados con RedETSA.



En representación del **Ministerio de Salud de Uruguay**, tomó la palabra la Dra. Alejandra Croci, quien refirió que la cantidad de personas trabajando en el grupo de Evaluación de Tecnologías en Salud del Ministerio de Uruguay está en aumento y que se están realizando capacitaciones de personal con la intención de incrementar el número de recursos humanos. Explicó que ha habido un avance significativo en la implementación de Evaluaciones Económicas; prueba de ello es la resolución ministerial, basada en conclusiones de evaluaciones económicas, que excluye del Plan de Beneficios fármacos que no mostraron ser costo-efectivos. En representación del **Fondo Nacional de Recursos**, también de **Uruguay**, el Dr. Alarico Rodríguez destacó que se está colocando mucho énfasis en el desarrollo de EE utilizando *real world data* y *real world evidence*, con el objetivo de incluir evaluación de resultados de la vida real en los reportes de ETS. Ya cuentan con múltiples informes de ETS que incluyen este tipo de información. Mencionó también importantes iniciativas que el FNR se encuentra llevando a cabo, en colaboración con otros socios regionales, como la elaboración de un curso de ETS equidad y calidad, que cuenta con el apoyo de OPS Uruguay, la Dra. Graciela Luraschi de la Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina y otras instituciones; la validación del cuestionario de Euroquol, en coordinación con el IECS; la recepción de una delegación de miembros de FONASA de Chile y CENAVAST, para intercambiar experiencia técnica en medicamentos de alto costo con motivo de la implementación de la Ley Ricarte Soto. Enumeró también algunas de las actividades realizadas desde la última reunión como el webinar sobre Gestión de Conjuntos de Prestaciones con foco en prestaciones de alto costo en el marco del programa de webinars de la Red, que tuvo lugar en el mes de agosto pasado, y mencionó el que el FNR fue anfitrión del encuentro de la Red Cochrane Iberoamericana.

En representación del **Ministerio de Salud de Ecuador**, tomó la palabra la Dra. Luciana Armijos, quien compartió algunos de los avances logrados en la institucionalización de la ETS: se creó un grupo con dedicación exclusiva al área de ETS, se realizaron capacitaciones de personal en la Universidad Carlos III, de España, y se realizó el lanzamiento de un boletín de evaluación de tecnologías sanitarias, donde se publican resúmenes de los informes de ETS y otras novedades importantes. Explicó también que el Ministerio de Salud de Ecuador también forma parte del proyecto de Bienes Públicos Regionales del BID y además participará del Policy Forum de Latinoamérica.

## Sesión 2: Organización de la Red

### Decisión sobre la entrada de nuevos miembros a la Red

El Dr. Santiago Hasdeu, miembro del Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén, hizo la presentación de la **Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedArets)**, de **Argentina**. A continuación se resumen los principales puntos expuestos:

RedArets fue creada en el año 2012, está compuesta por instituciones del ámbito público que desarrollan productos o informes de ETS. Está integrada por 8 nodos: UCEETS (que también es miembro de RedETSA), la Universidad Nacional del Litoral de la Provincia de Santa Fé, el Comité Provincial de Biotecnología del Ministerio de Salud de Neuquén, el Programa de URM y TS del Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, la Unidad Coordinadora de Tecnologías Sanitarias de la Dirección de Planificación del

Ministerio de Salud de Mendoza, la Dirección de ETS del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, y el Programa de ETS del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Cuenta con un repositorio online en la plataforma SISA (<https://sisa.msal.gov.ar>) para permitir el intercambio y armonización de procesos y productos de ETS. En la actualidad el repositorio para los nodos de la red cuenta con 104 documentos y con 30 documentos de acceso al público. RedArets también realiza capacitación de recursos humanos en ETS. Se invitó a todos los miembros de RedETSA a participar de la próxima reunión de RedArets, que tendrá lugar el próximo 22 de octubre, de manera virtual.

A continuación, el Dr. Victor Dongo, representante del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) del **Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)**, hizo la presentación de su institución. Como introducción, presentó el sistema de salud peruano, el perfil de la población asegurada por EsSalud y el perfil de costos de los medicamentos, principalmente los medicamentos de alto costo. Expuso también la magnitud del problema de judicialización que sufre el Perú, tal como el resto de los países de la Región. En marzo de 2015 fue creado el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) dentro de EsSalud, entre otras cosas para actualizar aquellas tecnologías que se encuentran cubiertas por el seguro, además de realizar una estimación de necesidades de dispositivos médicos para el año 2016.

Luego de ambas exposiciones, Alexandre Lemgruber, recordó que la solicitud por parte del IETSI había sido recibida el día 7 de agosto y el día 10 de agosto por parte de RedArets. Se leyó el artículo 8º del reglamento de la Red, que se cita a continuación:

*“Artículo 8º – La solicitud de incorporación a RedETSA se efectuará mediante la circulación de los documentos presentados por el solicitante entre los miembros de la Red, que tendrán un plazo de 30 días para expedirse en forma afirmativa, negativa a la inclusión o requerir más explicaciones sobre las informaciones presentadas.*

*§ 1º En caso de que no hubiera ninguna respuesta negativa o solicitud de información adicional en el plazo de 30 días, la solicitud de incorporación quedará aprobada;*

*§ 2º En el caso de que hubiera algún concepto negativo, deberá explicitarse por escrito los motivos que lo justifiquen, con base en este reglamento. La solicitud se someterá nuevamente para discusión en la siguiente reunión de la Red y para autorizar su ingreso esta deberá ser aprobada por consenso de los miembros presentes en dicha reunión. En caso tal que no se lograre consenso, se autorizara por votación mayoritaria entre los miembros presentes. Cabe anotar que en todo caso el resultado de la votación será anónimo al candidato o nuevo miembro.”*

Dado que no se presentaron conceptos negativos y que transcurrieron más de 30 días de la fecha de postulación, se procedió a la proclamación de la inclusión de los dos nuevos miembros a la Red.

### **Discusión sobre la elección de miembros del Comité Directivo**

En representación de la secretaría de RedETSA, Alexandre Lemgruber leyó los siguientes artículos del Reglamento de la Red:

#### **Capítulo IV: Organización de RedETSA**

**Artículo 10** – Las actividades de RedETSA van a ser coordinadas por un Comité Ejecutivo, integrado por una Secretaría Ejecutiva, ejercida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y por 6 instituciones miembros de la Red.

§ 1º Las 6 instituciones miembros mencionadas anteriormente van a ser indicadas por los miembros de la Red y en caso de que hubiera más de 6 instituciones indicadas, la definición se dará por votación.

§ 2º Cada 12 meses se realizará la renovación de 3 de las 6 instituciones, que no podrán ser reelegidas de manera consecutiva.

#### **Artículo 11 - El Comité Ejecutivo tendrá las siguientes atribuciones**

**I.** Realizar la programación de las tareas, reuniones, metas, y todo lo que se necesita para el buen funcionamiento de la Red.

**II-** Monitorear los proyectos y demás actividades de RedETSA;

**III.** Proponer las agendas, la planificación y ejecución de las actividades para los miembros de la Red;

**IV.** Preparar para los miembros informes técnicos de seguimiento y evaluación de las actividades relacionadas con los objetivos de la Red;

**V.** Convocar las reuniones de la Red;

**VI.** Representar externamente la Red, sin perjuicio de las representaciones propias de las instituciones por sí mismas en los distintos ámbitos;

**VII.** Requerir a las instituciones miembros, siempre que sea necesario, el personal de apoyo y otros medios para alcanzar los objetivos de la Red;

**VIII.** Someter los asuntos pertinentes a la decisión de los miembros de la Red;

**IX.** Adoptar las medidas necesarias para la ejecución de las actividades previstas.

Se acordó que habría un **plazo de 1 mes (hasta el día 13 de octubre)** para enviar las postulaciones para integrar el Comité Ejecutivo. Dado que por ser la primera vez que se integrara el Comité Ejecutivo, la mitad del mismo deberá permanecer 2 años en lugar de 1, por lo que se acordó también que los postulantes podrían proponer, si preferían permanecer 1 o 2 años. Luego del 13 de octubre habría un **mes más (13 de noviembre)** para decidir la integración final del Comité Ejecutivo. Se acordó que la votación sería abierta.

Se recordó también la regla de exclusión, que se cita a continuación:

#### **Artículo 9º - Exclusión de miembros**

*Podrá haber exclusión de miembros de la Red en las siguientes situaciones: (...)*

**III-** *No participación de la institución en 2 reuniones presenciales consecutivas, sin justificativa*

Como algunos miembros presentes en la reunión debían retirarse antes, se alteró el orden de temas previsto en la agenda y pasó al tratamiento de las actividades de RedETSA y planes futuros.

### **Programa de intercambio de experiencias**

Alexandre Lemgruber agradeció a CONITEC por el apoyo económico para poder realizar este proyecto e hizo un resumen de la situación actual del programa de intercambio de experiencias entre instituciones miembros de la Red, y los pasos a seguir para su implementación. Las instituciones más requeridas para recibir profesionales fueron CONITEC, IETS, IECS e INESSS. Explicó que, por motivos de factibilidad, se van a concentrar las estadías de modo que las instituciones receptoras puedan eficientizar su tiempo.

En primer lugar, se intentará concretar la visita a CONITEC, que informó que podría recibir participantes durante la semana del 30 de noviembre a 4 de diciembre, cuando tendría lugar una reunión de deliberación. CONITEC preparará una agenda de 4 o 5 días con actividades para esta semana. Las instituciones interesadas en asistir a CONITEC fueron: IECS, IETS, Ministerio de Salud de Colombia, el Ministerio de Salud de Costa Rica, el Ministerio de Salud de El Salvador y el Ministerio de Salud de Paraguay. Antes del próximo año se divulgará el programa tentativo de experiencias profesionales en las demás instituciones. Dado que no todas las instituciones cuentan con las mismas capacidades de financiamiento, en algunos casos se financiarán boletos de avión, en otros casos estadía y en otros deberán ser las propias instituciones participantes las que aporten el financiamiento.

Alicia Framarin, en representación de INESSS, y Sebastian Garcia Marti, en representación de IECS, reconfirmaron el interés de sus instituciones en recibir profesionales de otras instituciones.

### **Definición sobre el Plan de Trabajo para 2016**

A continuación se resumen los proyectos discutidos durante la reunión:

#### **Umbrales de Costo-efectividad en la toma de decisiones**

Este tema había sido sugerido en reuniones previas y dio lugar a la actividad realizada en el día anterior. El IECS se encuentra trabajando en esta área, y también existe la posibilidad de hacer una colaboración formal de RedETSA con iDSI. Entre las opciones consideradas para continuar, se discutió la posibilidad de avanzar con proyectos piloto en un grupo pequeño de países de la Región. En este sentido, el profesor Ryota Nakamura enviaría una checklist con el detalle de los datos que serían necesarios para comenzar este trabajo.

#### **Desinversión**

DGITS, de Brasil, se encuentra trabajando en una guía de desinversión, Uruguay ya ha avanzado en casos concretos de desinversión y OPS está trabajándolo también en el *Toolkit* que forma parte del proyecto ADVANCE-HTA. Se propuso avanzar con el tema de manera más formal en el seno de la Red.

#### **Transferibilidad**

El mapeo realizado por OPS en 32 países de la Región mostró que existe una alta la utilización de reportes elaborados en otras jurisdicciones. La utilización de una metodología adecuada es de suma importancia para garantizar la confiabilidad de los datos. Este tema también fue propuesto para ser abordado formalmente en la Red.

### **Judicialización**

La judicialización es un problema creciente en los países de la Región. Uruguay ha tomado un enfoque novedoso, a través de la constitución de mesas de diálogo con el poder judicial. Sería de suma utilidad aprovechar las experiencias que han adoptado los países para abordar este problema de la mejor manera.

### **Necesidad de Informes Rápidos**

En muchas oportunidades, la toma de decisiones debe hacerse con un margen de tiempo que sólo permite la elaboración de informes rápidos. Es importante lograr una metodología que permita realizar informes rápidos que sean confiables.

### **Banco de Precios**

Alexandre Lemgruber recordó a los asistentes que en la última reunión se acordó avanzar en la constitución de un banco o un observatorio de precios regional. No obstante, es importante tener en cuenta que también los ministros de salud de los países de UNASUR decidieron crear un banco de precios; que los países de la Región Andina también cuentan con otro; que existe el OMAIF desarrollado por el BID y que sabemos de la existencia de varios más. En este sentido, desde OPS se intenta avanzar en la elaboración de un diagnóstico sobre la situación al respecto. Alexandre explicó que una de las metas buscadas con este proyecto será aportar información al Fondo Estratégico de Medicamentos de OPS, que tiene entre sus objetivos aportar precios más bajos a los países pero, dada la dificultad de acceder a esta información, muchas veces se desconoce si el precio ofrecido es efectivamente más bajo que el obtenido por el país. Alexandre solicitó la colaboración de los presentes para obtener información de precios de medicamentos.

### **Actualización sobre la colaboración con otras redes y organismos multilaterales**

A continuación se describen las instituciones, redes y posibilidades de colaboración discutidas:

**APEC:** el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico organizó un taller de ETS, coordinado por NECA (la agencia coreana de evaluación de tecnologías), que forma parte de HTAsialink, en Filipinas. Alexandre Lemgruber fue invitado a participar e hizo una presentación sobre RedETS durante el taller. RedETS recibió una invitación para participar en la próxima reunión de APEC, en marzo 2016, cuando Perú asumirá la presidencia del mismo.

**HTAsialink:** la red asiática de evaluación de tecnologías en salud tiene intereses similares y enfrenta desafíos comunes a los de RedETS, además de manifestar interés en colaborar con nuestra Red.

**Red Euroscan:** RedETSA participó de su última reunión y se acordó colaborar en actividades de monitoreo de horizonte tecnológico e incorporar un espacio en el sitio web de la Red.

**EunetHTA:** El CoreModel es un modelo desarrollado por Eunethta para que una misma ETS pueda ser hecha en distintos contextos. En el proyecto de Bienes Públicos Regionales del BID se hizo una adaptación de esta herramienta a Latinoamérica y se hicieron ETS multipaís. Sería útil conocer el resultado para explorar la posibilidad de avanzar en ese sentido.

**Banco Interamericano de Desarrollo:** Hay dos iniciativas relacionadas a ETS que el BID se encuentra desarrollando en la Región: La primera de ellas es un observatorio de medicamentos de alto impacto financiero, del que participan ocho países (Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú, Republica Dominicana), que reúne precios de medicamentos, reportes de evaluaciones de tecnologías, decisiones de cobertura e información de patentes. Es un trabajo en Red que puede generar importantes beneficios para todos los países de la Región si se trabaja de manera coordinada. La segunda iniciativa es la “Red Criteria”, que es una Red de personas con interés y/o responsabilidad en la ETS en la Región. Si bien hay diferencias con RedETSA, existen solapamientos entre ambas redes y sería óptimo lograr una mejor coordinación. También existen proyectos de fortalecimiento de capacidades, como el caso de Costa Rica, donde se está colaborando con la creación de una unidad de ETS.

Giovanni Guevara, de El Salvador, explicó que la posición de su país en este proyecto había sido la de coordinar esfuerzos con OPS y RedETSA. Ana Eduviges, de Costa Rica manifestó que Costa Rica también siempre mantuvo esa posición, y Ruth Jimbo, de Ecuador, y Mariana Pineda, de México, coincidieron con la importancia de la coordinación. Andrea Basagoitia explicó que el ISP, de Chile, se incorporó al proyecto del Banco de Precios este año, entre otros motivos porque permitiría aportar fondos de manera paralela. Agregó que si bien es cierto que existen múltiples bancos de precios en desarrollo, los ministerios se encuentran imposibilitados de aportar información en muchos casos, debido a impedimentos contractuales con las empresas farmacéuticas. Por este motivo, la existencia de diversas iniciativas aumenta la probabilidad de contar con equipos que se dediquen a obtener este tipo de datos y así sortear este tipo de obstáculos. Marianela Castillo, del Ministerio de Salud de Chile, agregó que es importante que existan iniciativas que cuenten con recursos económicos y con especialistas que puedan seguir de cerca temas específicos como el de costos de medicamentos, o de patentes, que requeriría de un seguimiento más cercano al que recibe hoy en día. Alexandre Lemgruber agregó que la coordinación es muy importante para OPS y para RedETSA principalmente para evitar la fragmentación y la duplicación de esfuerzos.

**HTAi:** La colaboración de RedETSA con HTAi ha sido muy buena: HTAi ha participado de múltiples reuniones de la Red e instituciones miembros han sido titulares del board. No obstante, en este momento ninguna institución de la Red es miembro del board de HTAi. Para una mejor representación de la Región, sería ideal si alguna institución pudiera postularse como miembro del board de HTAi.

## **Encuentro Anual de Países Miembros de RedETSA 2016**

Las posibilidades de fechas y ciudades en que podría organizarse el próximo encuentro anual fueron discutidas. A continuación se resumen las principales opciones:

En marzo 2016, en Lima, aprovechando la ocasión del taller de ETS que organiza el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC), cuando Perú asumiría su presidencia. Victor Dongo ofreció colaboración en este caso. Lourdes Kusunoki agregó que la Comunidad Andina podría colaborar económicamente y con el recinto, además de brindar apoyo organizacional.

Alexandre Lemgruber sugirió que la reunión podría ser en la misma ciudad y en una fecha cercana al encuentro regional de HTAi. Aún no hay fecha definida para la reunión de HTAi. De acuerdo a Alarico Rodríguez, es muy probable que la reunión fuera en abril, asociada al Policy Forum. Sería una buena oportunidad dado que el Policy Forum financiaría la participación de los países. Sebastian Garcia Martí no estaba al tanto de la posibilidad de coincidencia de las reuniones. Alarico Rodríguez propuso que, en caso de que las fechas coincidieran se podría aprovechar la presencia de Iñaki Gutierrez Ibarluzea, que participó en la elaboración de una guía de desinversión, y organizar un taller sobre el tema.

Giovanni Guevara comentó que por el proyecto de Bienes Públicos Regionales se realizará una reunión presencial de los países involucrados en agosto de 2016 y que el Ministerio de Salud de El Salvador se encuentra planificando un evento público, para hacer abogacía para desjudicializar el derecho a la salud cuando se trate de tecnologías que no tienen valor terapéutico demostrado. Propuso unir esfuerzos y hacer a continuación la reunión de la RedETSA. Remarcó que sería un gran espaldarazo para la política de medicamentos y la reforma de salud, que contempla la creación de una unidad de evaluación de tecnologías dentro de la Dirección de Tecnologías Sanitarias.

Se acordó definir fecha y lugar para el próximo encuentro de países miembros antes de fin de 2015.

## **Discusión sobre repositorio integrado de informes, decisiones de incorporación y protocolos de uso**

El equipo del secretariado de la Red va a trabajar en nutrir la comunidad de prácticas y en la disponibilización de los informes a todos los miembros de la Red compartiendo reportes de ETS, decisiones de incorporación de los países y guías de práctica clínica. Se incorporarán también los links a aquellas páginas de las instituciones que ya hacen disponibles estos documentos, como el caso de CONITEC, donde es posible ver las decisiones de incorporación y los informes en los que se basan estas decisiones. El objetivo sería lograr organizar una matriz que incluya tecnologías, informes, decisiones de incorporación que sea de utilidad para consulta.

## **REPOSITORIOS DE MODELOS ECONÓMICOS**

Es importante para la Red avanzar también en un repositorio de modelos económicos. Si bien la complejidad de los modelos muchas veces resulta de un obstáculo para su utilización, contar con modelos sencillos podría aportar una herramienta muy útil. El secretariado compartirá en su página web el modelo desarrollado para el estudio "Evaluación económica del uso de oxitocina en el sistema de

inyección Uniject™ versus el uso estándar en ampollas para la prevención de la hemorragia posparto en el manejo activo de la tercera etapa del parto en América Latina y el Caribe” que tiene ventaja de poder ser usado sin necesidad de ingresar los datos en una tabla Excel sino que permite su utilización desde la interfaz web, mediante el ingreso de las variables.

### **Actualización del Sitio Web y de la Comunidad de Prácticas**

Alexandre Lemgruber hizo un breve resumen de los principales avances en el **sitio web de RedETSA** ([www.redetsa.org](http://www.redetsa.org)) Explicó que se realizaron importantes progresos tanto en la estructura como en los contenidos del sitio web de la Red. Algunas de las mejoras realizadas fueron la renovación de la estructura (a cargo del especialista en informática, Daniel Floriano), inclusión de los principales acontecimientos de 2015; inclusión de la sección “Informes” (donde se incluirán informes y artículos relevantes para la Red); inclusión de la sección “Mapeo” y “Directorio” donde se publicará el mapeo realizado y un directorio de instituciones de ETS en la región; realizado a partir del mapeo de capacidades; se agregaron y actualizaron los links de las instituciones en la sección “Miembros”; publicación de noticias e información relevante; se publicó el programa de Webinars 2015, el calendario y el enlace para acceder y descargar los videos de los mismos.

Agradeció también a Mauricio Duarte Ruano, de la Caja Costarricense de Seguros de Salud y Ana Margarita Toledo, del Ministerio de Salud de Cuba con quienes se acordó un esquema de trabajo por el que Mauricio Duarte enviaría una contribución de material en la primera quincena de cada mes y Ana Margarita Toledo haría lo propio en los últimos días de cada mes.

Si bien el sitio aún no está completamente listo, es importante destacar que el mismo se encuentra disponible en español, inglés y portugués. Pidió a todos los miembros de la Red que por favor envíen el link de su institución si aún no lo hubieran hecho.

Respecto de la **comunidad de prácticas**, recordó que fue creada en abril de 2012, y compartió detalles de la misma, como el foro para miembros, que permite compartir reportes de ETS, temas de interés y realizar consultas sobre tecnologías específicas; y la biblioteca que al día de la reunión contaba con 132 documentos (Argentina: 26%; Uruguay: 12%; Brazil: 11%), 47 de ellos reportes de ETS. Explicó que en noviembre se haría un nuevo lanzamiento de la comunidad de prácticas, que contaría con un buscador, con la posibilidad de crear carpetas personales y de conectar el foro con el correo electrónico.



**Anexo 1 Agenda:**
**Día 1 – Jueves, 10 de Septiembre – Hotel Grand Hyatt**
**Taller sobre Umbrales de costo-efectividad**

15:00-15:15	Palabras de Bienvenida: Ministerio de Salud de Chile y OPS Chile
15:15-15:30	Palabras de Bienvenida y Objetivos de la Reunión - <b>Alexandre Lemgruber (OPS-WDC)</b>
15:30 -18:30	<b>Umbrales de costo-efectividad</b>
15:30-16:00	Grupo de trabajo de Umbrales de costo-efectividad de International Decision Support Initiative (iDSI) - <b>Ryota Nakamura (University of York)</b>
16:00-16:15	El camino de la eficiencia: derivación del umbral de costo-efectividad en base al gasto en salud per-cápita y la expectativa de vida en 176 países - <b>Sebastián Garcia-Martí (IECS)</b>
16:15-17:00	Mesa Redonda <b>Panos Kanavos (LSE), Jaime Espín (EASP)</b> <b>Vania Canuto (CONITEC), Marianela Castillo (MS Chile),</b> <b>Ryota Nakamura (University of York), - Sebastián Garcia-Martí (IECS)</b>
17:00-18:00	Panel de discusión
18:00-18:30	Conclusión y discusión sobre los próximos pasos
18:30	Cierre

**Día 2 – Viernes, 11 Septiembre – Crowne Plaza**

8:30 - 10:00	<b>Sesión 1: Actualización del estado de la Red</b>
8:30 - 9:00	Actualización de las actividades de RedETSA por el Secretariado
9:00 – 10:00	Actualización de parte de los miembros de la Red
10:00 - 11:30	<b>Sesión 2: Organización de la Red</b>
10:00 - 10:15	Decisión sobre la entrada de nuevos miembros a la Red
10:15 - 10:45	Discusión sobre la elección de miembros del Comité Directivo
10:45 - 11:15	Actualización sobre la colaboración con otras redes y organismos multilaterales
11:15-11:30	<i>Receso</i>
11:30-13:30	<b>Sesión 3: Actividades 2015 – 2016</b>
11:30-12:00	Discusión sobre repositorio integrado de informes, decisiones de incorporación y protocolos de uso.
12:00-12:15	Decisión sobre el Programa de intercambio de experiencias
12:15-12:45	Actualización del Sitio Web y de la Comunidad de Prácticas
12:45-14:00	Definición sobre el Plan de Trabajo para 2016
14:00-15:00	<b>Almuerzo de cierre</b>

**Anexo 2: Lista de Participantes - Jueves, 10 de Septiembre**

País	Nombre	Institución
Argentina	Sebastián García Martí	IECS
Argentina	Verónica Sanguine	UCEETS
Brasil	Augusto Alfonso Guerra Junior	CCATES
Brasil	Kátia Marie Simões e Senna	INC
Brasil	Márcia Gisele Santos da Costa	INC
Brasil	Murilo Contó	OPAS/BRA
Brasil	Vania Canuto	CONITEC
Brasil	Livia Lobato Pires de Lemes	CCATES
Brasil	Rosângela Maria Gomes	CCATES
Brasil	Rosimary Almeida	UFRJ
Brasil	Renato García	IEB-UFSC
Canada	Alicia Framarin	INESSS
Chile	Andrea Basagoitia	ISP
Chile	Marianela Castillo Riquelme	Ministerio de Salud
Chile	Regina Pezoa Reyes	ISP
Chile	Rodrigo Villegas	ISP
Colombia	Aurelio Mejía	IETS
Colombia	Elkin Otálvaro Cifuentes	INVIMA
Costa Rica	Ana Eduvigés Sancho Jiménez	Ministerio de Salud Pública
Costa Rica	Mauricio Duarte Ruano	CCSS
Cuba	Ana Margarita Toledo	Ministerio de Salud Pública
Cuba	Emilio Delgado	Ministerio de Salud Pública
Ecuador	Maria Luciana Armijos Acurio	Ministerio de Salud
Ecuador	Ruth Jimbo Sotomayor	Ministerio de Salud
México	Mariana Pineda	CENETEC
Perú	Fabian Fiestas	EsSalud
Perú	Lourdes Kusunoki	CONHU
Perú	Victor Alejandro Dongo Zegarra	EsSalud
Uruguay	Alarico Rodríguez de León	Fondo Nacional de
Uruguay	Alejandra Croci	Ministerio de Salud Pública
<b>SECRETARIADO</b>		
	Alexandre Lemgruber	OPS
	Fernanda Lessa	OPS
	Francisco Caccavo	OPS
<b>INVITADOS</b>		
España	Jaime Espín	EASP
Reino Unido	Panos Kanavos	LSE
Reino Unido	Ryota Nakamura	University of York

**Anexo 3: Lista de Participantes - Viernes, 11 de Septiembre**

País	Nombre	Institución
Argentina	Sebastian Garcia Marti	IECS
Argentina	Santiago Hasdeu	RedArets
Argentina	Graciela Luraschi	UCEETS
Argentina	Veronica Sanguine	UCEETS
Brasil	Pollyana Gomes	CONITEC
Brasil	Vania Canuto	CONITEC
Brasil	Renato Garcia	IEB-UFSC
Brasil	Kátia Marie Simões e Senna	INC
Brasil	Márcia Gisele Santos da Costa	INC
Brasil	Murilo Contó	OPS
Canadá	Alicia Framarin	INESSS
Chile	Andrea Basagoitia	ISP
Chile	Rodrigo Villegas	ISP
Chile	Marianela Castillo Riquelme	Ministerio de Salud
Chile	Rafael de Feria	Ministerio de Salud
Costa Rica	Mauricio Duarte Ruano	CCSS
Costa Rica	Ana Eduviges Sancho Jimenez	Ministerio de Salud
Cuba	Ana Margarita Toledo	Ministerio de Salud
Cuba	Emilio Delgado	Ministerio de Salud
Ecuador	Maria Luciana Armijos Acurio	Ministerio de Salud
Ecuador	Ruth Jimbo Sotomayor	Ministerio de Salud
El Salvador	Giovanni Guevara	Ministerio de Salud
México	Mariana Pineda	CENETEC
Perú	Fabian Fiestas	EsSalud
Perú	Victor Dongo	EsSalud
Perú	Lourdes Kusunoki	ORAS
Uruguay	Alarico Rodrigues	FNR
Uruguay	Alejandra Croci	Ministerio de Salud
<b>SECRETARIADO</b>		
OPS	Alexandre Lemgruber	OPS
OPS	Fernanda Lessa	OPS
OPS	Francisco Caccavo	OPS