

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS: EL DESAFÍO DE TRASPARENTAR Y PRIORIZAR LA TOMA DE DECISIONES

Dos especialistas chilenos, Manuel Espinoza Sepúlveda y Rubén Rojas Payacán, estuvieron en Buenos Aires para capacitar a facilitadores locales en el desarrollo metodológico para la toma de decisiones públicas en tecnologías sanitarias. Qué es y en qué consiste el método multicriterio o MCDA

Manuel Espinoza Sepúlveda es médico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), máster en Economía de la Salud, ha servido como consultor en el Ministerio de Salud de Chile para el desarrollo de evaluación económica y fue miembro de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Etesa). Por su parte, Rubén Rojas Payacán es ingeniero comercial, máster en Evaluación de Tecnologías Sanitarias por la Universidad de York y también reviste como asesor del Ministerio de Salud de Chile. Ambos estuvieron por Buenos Aires llevando adelante un encuentro con facilitadores locales para el desarrollo metodológico en la toma de decisiones públicas en materia de tecnologías sanitarias.

—¿En qué medida estas nuevas herramientas para la evaluación de tecnologías sanitarias se están utilizando en la región y qué efectos tienen?

—MES: Este entrenamiento que vinimos a realizar en Buenos Aires sobre análisis de decisiones *Multicriterio*, y que conocemos mejor como MCDA (por sus siglas en inglés), es una metodología que se ha aplicado fuera del ámbito de la salud hace

muchos años y desde hace unos diez años, lo han recogido especialistas de la salud y hoy tiene un desarrollo creciente pero que proviene del lado académico.

Este análisis aporta una nueva mirada para resolver problemas complejos en salud, y es una herramienta que puede resultar indispensable para alcanzar las metas de salud, cuyos sistemas sanitarios cuentan con pocos recursos frente a enfermedades cada vez más costosas. La decisión en América latina de incorporar nuevas tecnologías al sistema de salud requiere de métodos para darles más transparencia a los procesos y una sistematización que permita juzgar las tecnologías que realmente funcionan y que sean sostenibles. La metodología MCDA venía siendo usada hasta ahora en el ámbito corporativo, del medioambiente o energía, y el objetivo es extrapolar su utilidad a la salud para que se puedan contemplar una serie de criterios además del económico o de eficacia.

Es un método que permite facilitar los procesos de priorización en salud, como aquí pueden ser los planes de beneficios como el PAMI o el PMO, y están en relación directa a saber cuáles son los temas que se van a priorizar para la investiga-



“Nosotros damos clases de economía de la salud en la Universidad y el sistema de salud argentino es un ícono como materia de estudio por su complejidad y fragmentación que lo hace muy desagregado para los prestadores o pagadores, al ser un estado federal hace que los procesos sean muchos más complejos que en los países centrales”

Rubén Rojas Payacán (izq.) y Manuel Espinoza Sepúlveda (der.)

ción y cuáles no, es decir, es un análisis o ejercicio de decisiones sobre lo que se necesita, y además es *Multicriterio*. Nosotros venimos acumulando algún tipo de experiencia aquí, en América latina y en la región del Caribe, respecto de la aplicación de esta metodología.

–¿Cuándo hablamos de criterios a qué nos estamos refiriendo?

–RRP: Los criterios están relacionados a los atributos que se van configurando para un determinado valor, por ejemplo, uno puede estar determinado por la cantidad de personas que afectan a una enfermedad, otro por la severidad de esa enfermedad y su impacto en la sociedad. Otro criterio puede ser la adversidad de esos tratamientos y en ese compuesto de múltiples criterios, hay algunos que van perfilando cuál es el atributo de valor que está presente o ausente dentro de una determinada intervención.

–¿En qué se diferencia cuando hablamos de costo-beneficio y de *Multicriterio*?

–RRP: La evaluación económica tradicional trata de encontrar un valor por el lado de la eficiencia, cuánta salud se está pro-

duciendo por un monto determinado de dinero, pero resulta que eso queda específicamente en la dimensión de la eficiencia. De repente, así como en la vida uno está dispuesto a gastar un poco más de su disponibilidad por algún tipo de bien, aquí también existen otros tipos de atributos con los que se está dispuesto hasta de financiar actividades o intervenciones que no resultan eficientes. Y en ese sentido estamos hablando de las enfermedades de los niños, de la protección financiera, de la innovación, de la ausencia de sustitutos, que son todos atributos que nos van indicando si vamos a financiar esto o aquello, a pesar de que haya intervenciones que no son óptimas.

–¿Cómo ha sido la experiencia chilena?

–MES: En Chile, paradójicamente, recién empezamos a tener conversaciones con el Ministerio de Salud para iniciar algunos ejercicios de priorización basados en esta metodología de MCDA. Pero sí hemos tenido algunas experiencias regionales en la actualización del plan de beneficios para la República Dominicana, por ejemplo, en un proyecto que encargó el propio Gobierno al Banco Interamericano de Desarrollo. Esa fue la primera vez que lo pusimos en

práctica y como toda primera experiencia, uno lo implementa y se cae muchas veces hasta que aprende sobre esos errores.

Lo importante es que tuvimos un soporte del Gobierno, así que no fue solo un ejercicio académico, sino que lo hicimos con la potencialidad de convertirlo en política pública. Trabajamos con la gente de la seguridad social del país, incluido el mi-

Rubén Rojas Payacán:
“La evaluación económica tradicional trata de encontrar un valor por el lado de la eficiencia, cuánta salud se está produciendo por un monto determinado de dinero, pero resulta que eso queda específicamente en la dimensión de la eficiencia”



nisterio y la superintendencia de salud, y produjimos un insumo que ahora queda a resolución de su gobierno utilizarlo o no.

–¿La aplicación de estas herramientas tienen una misma relevancia para el sector público como para el privado?

–MES: Esto es un método y como método o técnica tiene potencialmente un valor tanto para el sector público como para el privado. Ahora, para el público es particularmente relevante porque esta metodología fortalece algunos elementos del procedimiento para realizar la priorización. La transparencia de cómo se llega a una lista de priorizaciones en salud es un problema grande porque implica que algunos van a quedar aventajados y otros postergados en la toma de decisiones, entonces hay que tener un argumento muy sólido para demostrarle al paciente que el proceso fue hecho de la mejor manera. Y eso es lo que habitualmente nuestros sistemas no tienen. Las priorizaciones se hacen, pero uno se queda con muchas dudas, y lo que trata esta metodología es hacer el proceso más transparente.

–¿Qué respaldo tienen para llevar a cabo este tipo de experiencias?

–RRP: Yo te explicaría la situación bajo dos aristas, la primera es la voluntad de hacer algo que pueda aportar a la transparencia o al proceso, eso está, y la segunda es el nivel de conocimiento que existe en los distintos países de la región respecto a estas metodologías. Nos ha pasado en Centroamérica donde fue la primera sesión de capacitación y encontramos una muy buena disposición de algunos países o gobiernos, pero hemos visto que cuando uno empieza a intercambiar opiniones que la brecha del conocimiento es alta. Entonces, es esa brecha y el momento oportuno lo que se pone a consideración de un Estado si resulta una herramienta vital o no para el desarrollo de un país.

–¿Cuáles son los desafíos para la implementación del MCDA?

–RRP: Puede variar de acuerdo con los problemas específicos que se estén evaluando. Una cosa puede ser no tener noción de qué problema de salud hay que cubrir dentro de un amplio espectro de problemas, y otra saber por dónde partir dentro de una determinada enfermedad, eso ya es algo más específico. Y dentro de los países también porque probablemente la realidad del sistema de salud en un país donde no hay agua potable, no hay vacunas, y los mosquitos pican y ocasionan enfermedades mortales pueden tener un *setting* distinto al de un país de Latinoamérica o de Europa. Esto no es una sola caja de herramientas estándar para todas las situaciones, sino que uno tiene que tener la habilidad para ir captando cuál es la realidad y cuál es el *setting* que hará la evaluación.

Nosotros damos clases de economía de la salud en la Universidad y el sistema de salud argentino es un ícono como materia de estudio por su complejidad y fragmentación que lo hace muy desagregado para los prestadores o pagadores, al ser un estado federal hace que los procesos sean muchos más complejos que en los países centra-

les. Esto refleja un inmenso desafío, pero también es una gran oportunidad porque al ser fragmentado los espacios son más acotados y más controlados que a nivel nacional, y ahí está el desafío, buscar en qué espacio de la toma de decisiones para un prestador, pagador o una obra social un sistema más controlado puede encajar mejor la metodología y ser el piloto para acumular una curva de aprendizaje que pueda hacer extrapolarse al resto del sistema.

-MES: Creo que el desafío es inherente al proceso de priorización. El proceso de priorización implica que uno tiene que poner en una misma mesa muchos intereses que están en conflicto, por ejemplo, si a uno le importa privilegiar aquellas enfermedades donde hay muchos afectados, pero también le interesa atender aquellas enfermedades raras donde hay pocos afectados, eso es casi una inconsistencia para un proceso de priorización. Cuando los criterios están en conflicto lo que hace la metodología es ayudar a discernir qué es



Manuel Espinoza Sepúlveda:
“En Chile, paradójicamente, recién empezamos a tener conversaciones con el Ministerio de Salud para iniciar algunos ejercicios de priorización basados en esta metodología de MCDA”

lo más importante, y segundo, te advierte cuánto más importante puede llegar a ser. Entonces, lo primero es romper el hielo con los tomadores de decisiones y explicarles que la metodología no es física ni nuclear, o tan compleja como para que en un par de días de entrenamiento no se puede implementar y puede convertirse realmente en un facilitador. Logrado eso la esperanza de ir pavimentando este camino de implementaciones será cada vez mayor. 



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.



Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

cursos.fecliba.org.ar

Informes: Lunes a Viernes de 8 a 16 hs - Av. 7 N° 532 La Plata
Teléfono: (0221) 4129169 - Email: iss@fecliba.org.ar