

WEBINAR TRANSCRIPCIÓN:

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SU APOORTE DURANTE UNA PANDEMIA: INNOVACIÓN Y DESAFÍOS

Presentado por Dan Ollendorf, Santiago Torales y Sergio Torres-Rueda

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/es/salud - scl-sph@iadb.org

<http://www.iadb.org/>

Copyright© 2021 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento -NoComercial -SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SU APORTE DURANTE UNA PANDEMIA: INNOVACIÓN Y DESAFÍOS

Noviembre 2021

Presentado por Dan Ollendorf, Santiago Torales y Sergio Torres-Rueda

ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

INTRODUCCIÓN:

Minuto [00:01:46] Marcella Distrutti: Good morning, everyone. My name is Marcella Distrutti, I am a health specialist at the IDB, and I would like to thank you all for your presence in this webinar organized by the IDB Criteria Network. The Criteria Network is an initiative of the Social Protection and Health Division of the IDB which focuses on the generation and dissemination of knowledge in technical support to countries from the Latin America and the Caribbean region on the efficiency of health spending, in particular explicit priority setting and politics to achieve more affordable prizes for medicines.

This webinar is framed in the context of IDB's strategic plan vision 2025 "Reinvesting in the Americas" which seeks to support our region to overcome the current health, economic and social crisis, by promoting growth opportunities in a sustainable way as well as promoting social progress and strengthening good governance.

This webinar is the last of a series of webinars we have been holding since June about priority setting in health during a health crisis like the COVID-19 pandemic. You can visit all of our previous webinars on our website. Today we will discuss the use of health technology assessment in other forms of value evaluation in health during a pandemic. The response to COVID-19 requires trade-offs as any other disease or health condition therefore it requires policy makers to consider evidence on both population health and economic welfare. The range of analytical tools from the health economics field that we have at hand could be applied more widely to inform COVID policy, however it is important that we understand where is it that we have to make adaptations for these tools to be of real use.

Today our guests will help us answer questions like: How useable is the health technology assessment in the context of the pandemic to guide decision-making in the allocation of resources? What have been the challenges with getting data availability during the pandemic? Is it possible to generate regional collaboration in the area of health technology assessment in this context of health emergency?

So, without further ado, I will now pass the word to my colleague Katherine del Salto who will introduce our speakers and then we are going to begin our session. Thank you.

Minuto [00:04:53] Katherine del Salto: Thank you Marcella, good morning, everyone. So, without further ado I will introduce you first to Dan Ollendorf, Dan is the Director of Value Measurements and Global Health Initiatives at the Center for the Evaluation of Value and Risk in Health (CEVR) at the Tufts University Medical Center. Dan has been a longtime supporter and collaborator of our Criteria Network. He has over 30 years of experience in Health Technology Assessment (HTA) and his research interests include expanding the use of health technology assessment and economic evaluation in low and middle-income countries and using value assessment tools in high income settings as well. Prior to joining Tufts Medical Center, he was at ICER, all in all he is one of the most renown experts in the field and his book were just published "The Right prize. A value based presentation for drug costs". Thank you, Dan, for joining us today.

We are also joined by Sergio Torres Rueda, research fellow in health economics at the London School of Hygiene and Tropical Medicine. He is currently working in a project evaluating the fiscal and microeconomic impacts of different COVID measures in low and middle-income countries. Originally from Colombia he has experience in designing health benefits packages and cost-effectiveness analysis with a special focus in areas of HIV and gender based violence. Thank you, Sergio, for joining us.

And our third guest is Santiago Torales he is advisor to the General Supervision of the National Commission for the Evaluation of Health Technologies in Argentina. Santiago is a specialist in nephrology and has a master's degree in Health Economics and Management. He also worked as a consultant, teacher, researcher in health management and health technology assessment and other issues of priority setting.

Marcella Distrutti and Ursula Giedion will be the hosts of this webinar and they are both the coordinators of the Criteria Network. I give the floor to Ursula to begin this session.

PANEL

DAN OLLENDORF

Minuto [00:07:05] Ursula Giedion: Hello everyone, we will start this conversation with Dan. Hello Dan, it is a real pleasure to have you with us today in this webinar of our Criteria Network.

As we all know we have seen debates about priority setting and the use of evidence for decision making go from, let's say, a rather academic perspective, to the day to day of the new ([00:07:37] set lines) and in this context I'm going to start with a rather general question: in your experience, from what you have observed from what is now almost two years, how, you feel, has the pandemic changed attitudes towards the use of HTA to inform public policies decisions? The floor is yours Dan.

Minuto [00:08:04] Dan Ollendorf: Thank you very much Ursula and thank you to Criteria and to the IDB for inviting me to be part of this discussion, it's a very exciting discussion to be a part of and thank you for the question.

Certainly we know having absorbed over the past two years as a community that there are lots of conversations about scientific evidence, claims of benefits, and misinformation so, we have seen this happen on a daily basis and I'm very proud that the international HTA community has come forward and tried to focus attention on considering the science, considering the evidence and integrating that into decision making despite some very strong forces and maybe the forces are the strongest in my own country around essentially countering the thinking that evidence and scientific inquiry should be guiding our decisions. So that has been a huge challenge, but the HTA community has tried to counteract that challenge in a number of different ways.

I also think that to be honest and to be fair there are some negative perceptions of how HTA has traditionally been applied and its possible failure to become more nimble, to become more rapid in its assessment of new technologies and interventions to try to deal with the pandemic, whether that'll be a new drug or simply policies around mask wearing, around social distancing, in some settings HTA is not really seen as the environment in which to test those strategies because it doesn't do its work quickly enough, and so, I think that has been a major challenge in terms of perception. Certainly, I

can talk about a couple of examples when we get to that part of the discussion around how some HTA bodies have really adjusted their efforts to try to deal with the pandemic, but I think there is a perception that we need to make these decisions on an emergency basis and maybe we need to bypass HTA all together.

Minuto [00:10:33] Ursula Giedion: Oh thank you Dan, so it seems that on the one hand the pandemic has had the collateral benefit if you allow me to say so, in giving HTA a more prominent role in policy making and on the other hand there seems to be an opportunity, given the somehow negative perceptions sometimes of HTA, to make HTA more policy relevant given the need for more speed, so thank you Dan for your insights.

Now as second question, we would like to ask you whether you could mention some very concrete cases where the use of HTA has really made the difference with regards to decision-making in the context of the pandemic.

Minuto [00:11:27] Dan Ollendorf: Yeah, I do want to highlight a couple of situations that I think are really worth noting. So one effort that I think the international community has paid attention to, and maybe needs to pay more attention to, has been the activity that has been promoted by the Norwegian Institute of Public Health, the HTA body in Norway, so relatively early in the pandemic, they decided to create a library of evidence on COVID-19 and actually, not only initial synthesize of that evidence, but an ongoing iterative process to update that synthesis as more evidence was accumulated. For a variety of reasons, they decided to develop this as a free and public good, so it's available to anyone, anywhere, and I think it's been a really useful step to try to understand for some of those promising therapies or efforts on how the evidence has evolved over time and how might the thinking, the judgement, and possibly decisions change based on that.

Another notable effort, of course, is the early modelling work that my former employer, the Institute for Clinical and Economic Review or ICER, did with Remdesivir the first therapeutic to be considered for COVID-19. So, I was really one of the people that applauded ICER's efforts to develop a model quickly, and as many of you will recall, what ICER and other decision makers had to work with initially was a press release essentially with very limited information, that's also what the regulatory body was

working with as well and so they made a lot of assumptions around what the benefits of Remdesivir might be, including that it would be a lifesaving drug.

Based on that, they suggested what a fair price would be in the U.S. for Remdesivir. Manufacturer did price their product in that fair price range and ICER responded by saying they thought this was a responsible price, but then of course we saw how the evidence evolved and it turns out that Remdesivir potentially has some benefit in reducing hospital stay but it does not appear to be a lifesaving drug, and unfortunately there's no easy path way in the U.S. to then change a price based on the new evidence, but that ideally is what should be done. So that's really how the conversation has evolved since then but, I think the demonstration that the modelling could be done quickly can be based on limited evidence and can then start a conversation relatively early on was key.

A bit of a contrast with that, NICE, the National Institute for Health and Care Excellence, really one of the most visible HTA bodies worldwide, essentially stated that they were going to use their resources to make their reviews very rapid of new treatments and technologies for COVID, which they have done and done very well, but they were not necessarily going to consider cost-effectiveness as part of their review. The idea was to try to understand the evidence to try to identify the population that might benefit from these new interventions, without necessarily any regard to the value these interventions were bringing or the trade-offs, as you described, that might be associated with their use, and I think that was a mistake, especially since we did have this example where modelling could be done in a responsible but rapid way.

So, in other settings it seems as though it has been bypassed entirely so the conversation moves from the regulatory environment directly into practice, which has been more of a challenge and so, I think is kind of a mix result, if that makes sense, but some interesting and useful efforts as well.

Minuto [00:15:55] Ursula Giedion: Thank you Dan, those are great examples, the Norwegian case of sharing quickly around the world, of being dynamic, of needing to adjust the modelling effort of linking HTA to pricing; the NICE effort with this caveat of not using cost-effectiveness, which I think is a question in itself, so why shouldn't we think about cost-effectiveness in the pandemic? or I would even say maybe we should care about this even more in the context of a pandemic, but let's leave this for another question. And then also your concern that in many cases

HTA was actually being bypassed which is somehow related, I feel, with the not thinking about cost-effectiveness. So, thank you so much Dan. I will now turn to my last question: what do you think we have learned about the potential risks of using or not using HTA to inform pricing decisions, your specialty, in the context of the pandemic? How can we better incorporate in different contexts, in the pricing decisions, HTA in future health crisis? Thank you.

Minuto [00:17:20] Dan Ollendorf: I think in terms of using HTA, I'm thinking about the Norwegian model again because I think that really all aspects of HTA can be made iterative in an emergency situation. You can evaluate the evidence, conduct your economic evaluations, and have those conversations at a certain point in time and then you can update all of that when new evidence comes in. So, in the same way the Norwegians have looked at evidence iteratively, you can look at economic questions iteratively as well and I think that's really what should happen. Now, clearly not every country and not every HTA body has the resources to be able to pivot to that rapid an activity, but it's certainly possible and we've definitely seen this in the research community that if those HTA organizations that do have the resources can make their work available internationally then it can certainly inform what other countries do or think about.

And so, I think that taking a traditional approach, a traditional appraisal timeline and setting it aside to make things more iterative would be what I think I have certainly learned, and others have learned, about how HTA can support pandemic decision-making.

I think that the risk of not using HTA again coming back to the economic side of things, we have seen in high income settings for example, that the pricing strategies for all of the vaccines have developed very significantly, I believe that there is a tenfold difference in the price of these vaccines just in high income settings, and so, I'm sure the pricing is even more variable across the world internationally.

So, that speaks to questions about what the value is. If these vaccines all have relatively similar characteristics in terms of preventing severe disease and reducing transmission, then why should the price be that variable if essentially, they're delivering the same sort of value. But if you don't address those value questions, while you are looking at the evidence then there's a huge risk involved in doing it that way. So, I continue to argue that there is the ability to be more rapid, at least in some settings, and that rapid pivot has to include both consideration of economic and clinical data.

Minuto [00:20:10] Ursula Giedion: Thank you Dan, for these interesting insights. I think we could even leave out the word pandemic to apply what you just said to HTA in general, right? I mean in low-middle income countries in particular, you usually don't have a lot of time to make decisions and if you are doing it iteratively, I think that's a really, really important message. And then your second point, on the importance of starting to discuss the issue of value seriously, not only between the industry and some policy makers but public, I think this is a really important point.

Minuto [00:20:52] Dan Ollendorf: Yes. I just wanted to interject that the HTA community internationally is also thinking about this idea of moving towards more of a life cycle view, so, can conversations start really in clinical development, continue through an evidence review but then also adjust that evidence from new data overtime? Is that feasible to consider? Is it more feasible in some settings than others? That is the same sort of idea.

Minuto [00:21:21] Ursula Giedion: Great, if I could choose one word for all of what you have said I would use the word dynamic-iterative-ongoing, no, these were three words that are actually connected. So, thank you so much Dan. I will now hand over to Marcella to continue with our interview, Thank you Dan.

Minuto [00:21:42] Dan Ollendorf: Thank you

SERGIO TORRES-RUEDA

Minuto [00:21:43] Marcella: Muchas gracias, Úrsula, y muchas gracias Dan. Vamos a proseguir ahora conversando con Sergio. Buenos días, Sergio, muchas gracias por acompañarnos el día de hoy. Sergio, la pandemia ha puesto en evidencia la necesidad de tener en cuenta los trade offs más amplios en las evaluaciones económicas como las consecuencias sociales, por ejemplo, de las decisiones. En este sentido, ¿Qué puedes compartirnos sobre las adaptaciones metodológicas que hemos visto en las evaluaciones de tecnologías sanitarias durante la pandemia?

Minuto [00:22:21] Sergio Torres: Bueno, primero que todo muchísimas gracias por la invitación para participar en este seminario. Creo que tu pregunta en si contiene parcialmente la respuesta. Creo que una de las formas principales en que la investigación económica en COVID-19 se diferencia de otras enfermedades, es en el uso de la evidencia macroeconómica, exactamente. Vimos sobre todo en los primeros 6 a 8 meses muchísimo interés en conocer el impacto macroeconómico de la pandemia, sobre todo mirando el impacto económico del distanciamiento social, de las cuarentenas, etcétera. De hecho, un estudio sistemático del Center for Global Development y el (NE [00:22:55]) mostró que el área económica con mayor cantidad de investigación en cuanto a (artículos realizados por pares [00:23:02]) es exactamente esto, la parte macroeconómica. Y pues esto es normal, es la primera vez en la vida de la mayoría de nosotros que países al rededor del mundo tuvieron que implementar medidas semejantes. El COVID-19, por una parte, es como cualquier otra enfermedad, tiene un tratamiento que requiere trade offs dentro del sistema de salud; pero a diferencia de otras enfermedades, la escala y la velocidad de la pandemia han tenido impactos mucho mayores, más allá del sistema de salud y esto requiere reasignación de recursos por encima del tema de salud.

Haber dicho esto no quiere decir que todas las evaluaciones económicas se estén haciendo desde una perspectiva más amplia, hacia una perspectiva de sociedad o que estén incluyendo todos estos costos macroeconómicos, (pues [00:23:43]) siguen siendo solamente de perspectiva del proveedor, pero esta pandemia ha puesto en relieve tal vez la importancia de esta perspectiva de análisis más amplio.

Y en el segundo aspecto en el que nos diferenciamos en cuanto a la parte metodológica, es cómo hemos tenido que lidiar con una cantidad de incertidumbre y con falta de datos primarios que

claramente con otras enfermedades nunca habíamos tenido que lidiar. Para estudios de costo-efectividad hemos tenido que depender mucho más de modelación, de adaptación de costos de otras intervenciones y sobre todo del uso de la opinión experta o la (expert licitation [00:24:14]), lo cual es un método riguroso y válido, pero es diferente a la evidencia primaria que por lo general utilizamos. Ya, yo diría que esas son como las dos diferencias principales.

[00:24:28] Marcella Distrutti: Muchísimas gracias, Sergio, creo que levantas unos temas muy importantes tanto sobre la importancia o esta nueva perspectiva de utilizar ahora evidencia macroeconómica y también el tema de la incertidumbre de los datos. Prosiguiendo entonces ahora, justamente quisiéramos hablar un poco sobre este tema de incertidumbre de los datos. ¿Nos podrías contar un poco sobre cómo algunos países han manejado este tema? Es decir, ¿Cómo han manejado el lidiar con esta falta de información y datos? Y también ¿Cómo podemos, con base en las lecciones aprendidas de este proceso, prepararnos mejor para el futuro para las próximas crisis sanitarias?

Minuto [00:25:17] Sergio Torres: Claro, esa es una pregunta clave. Yo creo que en términos generales yo no pienso que la falta de datos haya limitado la aplicación necesariamente de las evaluaciones de tecnología sanitaria, siento que la urgencia y la severidad de la pandemia obligó a tomar decisiones a nivel de (prestación [00:25:32]), se tomaron con la información que existía y, en este caso, con menos datos y con más incertidumbre. Con esto no quiero decir nada acerca de las vacunas ni de las pruebas aleatorias ni de la parte regulatoria, me refiero solamente a la parte de políticas de adopción de intervenciones.

Creo que para abordar este tema es importante pensar cuáles fueron las decisiones que se tomaron y también separar en 2 grupos las decisiones. Por una parte, podemos hablar de las decisiones que se tomaron con respecto directamente con la enfermedad, entonces estamos hablando en un principio de las intervenciones de prevención, de distanciamiento social, luego la parte clínica del manejo de casos severos y críticos, hablamos de diferentes tratamiento con antígeno, de diferentes productos farmacéuticos más adelante y, claro, más recientemente las vacunas. O sea, en términos generales es inevitable que algunas de estas decisiones de (prestación [00:26:26]) se tomaran con datos imperfectos, estamos hablando obviamente de un patógeno nuevo, de circunstancias que nunca habíamos visto, un espacio político muy limitado para actuar porque teníamos toda una sensación de

urgencia en tomar decisiones, lo cual fue necesario en este contexto. Pero para nombrar tal vez brechas en la evidencia, por ejemplo, en el comienzo no teníamos datos algunos sobre los costos de tratamiento de COVID-19; en muchos países, sobre todo de ingresos bajos y medios, no había o no hay registros de muerte, no tenemos datos claros sobre la mortalidad ligada al COVID-19; y, por ejemplo, no tenemos tampoco evidencia de cuál va a ser el efecto a largo plazo del COVID-19 prolongado, long-COVID, la duración, datos, por su tratamiento, todo eso y estas cosas son necesarias para llevar a cabo evaluaciones económicas y nosotros tuvimos que trabajar sin esto, con mucha mayor incertidumbre. Pero siento que estas deficiencias en la evidencia son entendibles, no me preocupan.

Por otra parte, lo que vivimos durante la pandemia fue que los recursos de los sistemas de salud en muchos países tuvieron que ser reubicados para lidiar con la crisis, lo cual desplazó la prestación de otros servicios esenciales y llevó a la suspensión de estos servicios, y esto ejemplos los vemos en prácticamente todo el mundo. Creo que el (problema [00:27:50]) de la falta de datos nos cogió un poco cortos a la comunidad académica o de salud en general. Es en esta área en donde creo que hubo deficiencias sistemáticas en los enfoques de la evidencia y en el uso de la evidencia, que, de hecho, (nos puede afectar más [00:28:03]) porque siento que estamos muy acostumbrados a la evaluación de políticas sanitarias, pero hablamos muy poco sobre la reevaluación de tecnologías sanitarias. Se habla relativamente poco sobre la desinversión en las (prestaciones [00:28:18]) de salud. Como dije, la urgencia de la crisis del COVID-19 llevó a que se suspendieran o se cancelaran intervenciones, pero eso no se hizo de forma sistemática ni de forma que fuera informada por la evidencia, y eso es lo que me parece un poco grave. Las preguntas que necesitábamos hacer para poder saber cómo hacer eso de la mejor manera posible, no se hicieron, por ejemplo, en cada sistema de salud ¿Cuáles son las intervenciones menos costo-efectivas? ¿Cuáles se pueden suspender a corto plazo con el menor impacto en salud? ¿Cuáles son los recursos del sistema de salud que son más fungibles? ¿Cuáles son las restricciones, los constraints de nuestros sistemas de salud que impiden la repartición de recursos de manera rápida y óptima? Es todo ese tipo de preguntas a las cuales nos tuvimos respuestas al principio de la pandemia y a las cuales creo que tampoco tenemos respuestas.

Para finalizar, creo que, en la parte final de tu pregunta, acerca de qué lecciones podemos aprender para prepararnos mejor, creo que en cuanto al análisis de las pandemias yo creo que es esencial mayor

preparación de modelación matemática, sobre todo en países de ingresos bajos y medios. Hubo unos picos de (NE [00:29:23]) terribles en cuanto a los grupos de investigación que tienen la capacidad de hacer estos análisis, y necesitamos mucho más capacidad; también un poco de la parte económica, pero creo que más importante de la modelación matemática.

Y también a nivel de salud, ya mencioné la necesidad de tener registros de mortalidad.

También necesitamos mejor recolección de datos de manera sistemática, sobre todo en costos. Deberíamos dejar de estar tan dependientes de un costeo acá, un costeo allá, necesitamos más bien una integración de recolección de datos de costos en los sistemas de información habituales de los países.

En cuanto a la preparación de la evidencia más amplia, lo que decía, podemos pensar más a fondo este tema de desinversión, creo yo, para hacerlo necesitamos tener procesos de mapeo para identificar qué intervenciones existen en cada sistema de salud, cuáles son los costos, cuál es la costo-efectividad, etcétera, en el todo el (espectro [00:30:20]) de las intervenciones del sistema, para poder tomar decisiones por ese lado.

Necesitamos también tener más cuantificación de esos factores limitantes, pero creo que también es importante tener discusiones un poco difíciles acerca de temas tal vez un poco más éticos, acerca de quién debe tener acceso a salud en estos momentos cuando estaba todo tan copado. Si esto es la medida de la regla de rescate, de rule of rescue, debería haber un límite y cuáles son esos límites, y son conversaciones difíciles, pero creo que sería muy importante tenerlas.

Minuto [00:30:55] Marcella Distrutti: Muchas gracias, Sergio. Sergio, creo que levantas unos temas muy importantes. Yo creo que los países, los gobiernos tuvieron que aprender a ser flexibles en base a la evidencia, es decir, tomar una decisión y una vez iba cambiando la evidencia, la necesidad de revisar las decisiones e implementar otras acciones, yo creo que esa fue una lección muy importante para los países. También me gustó mucho este listado de lecciones que presentaste para los países sobre los temas metodológicos de las ETS. Sabemos que tú has trabajado y hecho mucha investigación sobre los países de ingresos medios y bajos, y su respuesta frente a la pandemia, entonces quería aprovechar y preguntar: nosotros sabemos que en los países de ingresos medios y

bajos, el uso de la evaluación de tecnologías sanitarias con frecuencia es menos frecuente (valga la redundancia) que en otros países de ingresos más altos, entonces ¿Cuáles serían algunas recomendaciones tuyas para fortalecer esta capacidad en los países de ingresos medios y bajos para que ellos justamente puedan incorporar estas lecciones y empezar a utilizar la ETS de manera más frecuente, no apenas en contexto de emergencia sanitaria sino también de manera general?

Minuto [00:32:16] Sergio Torres: Si, yo creo que tienes razón de cierta forma, el establecimiento de ETS como tal no es tan ampliamente en países de ingresos bajos, diría que en ingresos medios tal vez más, en América Latina lo vemos más y ciertos países si tienen el establecimiento de estas organizaciones. Es menos en países de ingresos bajos y yo creo que eso se liga claramente a un problema de capacidad del sector de salud: capacidad analítica, de modelación de economía de la salud; no sé, pero de cierta forma no siento que esto sea como algo en lo cual haya desesperanza, siento que en esto también han habido progresos, han habido muchos progresos en relación al objetivo Universal Health Coverage, y los nuevos objetivos que hay sobre el diseño de paquetes de beneficios de salud y siento que la capacidad de muchos países está creciendo. Nosotros venimos de trabajar 2 años en el gobierno de salud de Pakistán donde se hizo un proceso muy riguroso en el que se consideró evidencia para más de 200 tipos de intervenciones para modelar y para crear este paquete de beneficios de salud. Entonces siento que en estos países hay más y más absorción de estos métodos y creo que hay que seguir por ese lado, hay que seguir creando más capacidad en los países que necesitan más apoyo exterior.

Minuto [00:33:56] Marcella Distrutti: Excelente. Gracias Sergio, realmente es excelente saber que más y más de estos países están usando la ETS y que si hay algunas acciones, por ejemplo, como acabas de mencionar, de apoyo externo de otras organizaciones para difundir aún más y fortalecer la capacidad en estos países.

Minuto [00:34:16] Sergio Torres: Gracias.

Minuto [00:34:18] Marcella Distrutti: Voy a pasar la palabra a Úrsula para que conversemos con nuestro tercer ponente y sigamos con la etapa de preguntas y respuestas. Gracias.

SANTIAGO TORALES

Minuto [00:34:28] Úrsula Gideon: Gracias Marcella. Fantástica esa conversación sinceramente, esa visión de Dan sobre todo lo que puede lograr la ETS en contextos de pandemias, luego la versión de Sergio ya un poco desde la perspectiva de países de ingresos medios y bajos, pero también de todas las restricciones que se evidenciaron de cómo estamos haciendo normalmente ETS y cómo la deberíamos hacer y nuevamente me atrevo a decir que de lo que dijo Sergio, algunas de las cosas aplican en pandemia y fuera de pandemia. Y para completar estas visiones tan fantásticas, ahora pasamos ya al terreno y Santiago nos va a hablar de cómo era esto en las trincheras, digamos. Gracias Santiago nuevamente por estar acá, la primera pregunta que tendríamos para ti tiene que ver con algo que tanto Sergio como Dan han dicho en repetidas ocasiones en esta entrevista y es todo el tema de que las ETS tuvieron que adaptarse a revisiones rápidas, no había tiempo para hacerlas muy a profundo. Entonces la primera pregunta para ti sería: desde tu experiencia en las trincheras, ¿Qué se puede hacer entonces para asegurar la legitimidad de las decisiones cuando las revisiones de evidencia económica deben ajustarse a estas restricciones de tiempo y de recursos? La palabra es tuya.

Minuto [00:36:07] Santiago Torales: Hola Úrsula, muchas gracias a vos, a Marcella y a todo el equipo de IDB y de la Red Critería, y bueno, un gusto compartir con Dan y con Sergio este espacio. Voy a contar un poco lo que vos decís como las trincheras, fue un poco la tarea que nos tocó hacer desde la Comisión Nacional de Evaluación en Tecnologías en Salud, la CONECTEC en Argentina, en una adaptación de la metodología que veníamos llevando adelante para hacer los informes rápidos y también los informes completos, pero que a partir de este año 2021, con la segunda ola de COVID en Argentina, tuvimos que empezar a plantear de una manera diferente cómo enfocábamos las evaluaciones económicas en relación, sobre todo, a cuestiones terapéuticas con COVID-19-. De hecho, las adaptaciones que hubo que hacer, por suerte ya venían un poco prediseñadas de los enormes esfuerzos que habían hecho muchas redes de actualización de evidencias vivas a lo largo del mundo. Lo que nosotros simplemente hicimos, o no sé si simplemente pero si en base primero a un consenso interno de los especialistas que trabajábamos en CONECTEC con apoyo, incluso, de un consultor por parte de la Organización Panamericana de la Salud, pero fundamentalmente por el apoyo concreto de

la línea política de la Ministra de Salud y la Jefatura de Gabinete, de llevar adelante una serie de evaluaciones sobre la tecnología con método explícito y no solamente con un método explícito que sea siempre igual tomando el máximo estándar posible de evidencia disponible, pero con una secuencia de realización que siempre permita a cualquiera que haga la evaluación, poder llegar a los mismos resultados. Algo así como una revisión sistemática viva pero ampliada a la toma de decisiones.

Y simplemente para la parte económica, en un contexto como el de nuestro país con la asimetría enorme de financiadores que hay, tomamos como referencia también de un método explícito, si se quiere bastante rudimentario pero no por ello menos útil, una referencia de lo que sería un tratamiento basal o costo-efectivo como demostró ser el uso de corticoides sistémicos y toda la comparación que se hacía a manera general sobre las nuevas tecnologías en incorporar en cuanto a costo-efectividad, se ponía en proporción a esta referencia del uso de corticoides sistémicos. Y eso a partes lo tratamos de extrapolar tanto a la evidencia como a esta aproximación a la toma de decisiones desde el punto de vista económico, a una forma de mirar los resultados que sea útil para el público que lo estaba buscando, porque uno puede hablar muchísimas cosas en cuanto a la evaluación de tecnologías sanitarias, la metodología del relevamiento de la evidencia, y muchísimo más complejo todavía la generación de modelos de costo-efectividad para explicitar la toma de decisiones, pero si el que está del otro no comprende lo que está entendiendo o lo que está leyendo y no lo hace accesible para su toma de decisión en lo cotidiano, nos parecía que no iba a ser útil.

En ese sentido, nos arriesgamos a hacer algo incluso demasiado explícito y claro para la toma de decisiones, que incluso es un informe resumido y tabulado en forma de un semáforo, pero bueno, tuvimos una muy buena repercusión por parte justamente de los financiadores de nuestro sistema de salud que utilizaron esta herramienta para guiar en algunos casos particulares lo que es más difícil. Estamos hablando de que la ETS es solo una herramienta, pero lo más difícil es tomar una decisión, así que en ese sentido nos sentimos bastante conformes con el trabajo realizado.

Minuto [00:39:42] Úrsula Gideon: Santiago, mil gracias. Es espectacular cómo estás complementando lo que dijeron Dan y Sergio porque, por primera vez en esta conversación, hablamos de procesos y me parece excelente cómo insististe en este tema de hacer el proceso explícito y replicarlo de alguna manera para crear legitimidad y también en el tema de saber comunicar de manera

sencilla para que realmente sea útil para la toma de decisiones. Muy útil, muchas gracias, Santiago.

Ahora la segunda pregunta es que yo creo que todos hemos sentido -y lo han mencionado Dan y Sergio-, esta necesidad de reforzar el espíritu colaborativo, por así decirlo, a todos los niveles en contextos de pandemia y también en el contexto de la ETS. En tu opinión, ¿En qué sentido esta emergencia sanitaria ha generado un mayor potencial también para el futuro, para generar esfuerzos colaborativos regionales en América Latina para la ETS? ¿Podrías ilustrar tu respuesta con algunos ejemplos concretos que has vivido en estos últimos casi 2 años? Gracias.

Minuto [00:41:11] Santiago Torales: Si, en particular creo que ese es el gran punto a futuro. Creo que en la región se han hecho esfuerzos, como decía Jorge Luis Borges: "No nos une el amor sino el espanto", y toda la gente que se ha dedicado a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en nuestro subcontinente, en nuestra región, se ha encontrado con eso de que no tiene mucho más sentido seguir trabajando de manera separada por regiones, por países... Yo lo hablo sobre todo en Argentina que tenemos esta enorme fragmentación y segmentación de modelos de cobertura y de mirar la evidencia científica o las decisiones económicas en base justamente a las definiciones de cobertura de cada subsector. Creo que los mejores ejemplos vienen sobre todo de la parte que tiene que ver con la generación de evidencia en estas evidencias vivas de afuera. Si hay muchos esfuerzos que se han hecho y puestas en común, de hecho, el esfuerzo de la Red RedEtsa de la Organización Panamericana de Salud para generar espacios de colaboración o repositorios para lograr poner en un solo lugar la producción de muchas áreas de evaluación en tecnología sanitaria en los países de Latinoamérica, por ejemplo, el repositorio BRISA. Nosotros en la participación también que apoyamos dentro de la Red Argentina Pública de Evaluación en Tecnologías Sanitarias, RedArETS, también generamos lugares comunes donde esos repositorios puedan ser visitados. De todas maneras, no he visto mucha colaboración concreta de varios países para hacer cosas en conjunto porque creo que no nos ha dado el tiempo. Lamentablemente creo que en nuestra región, o en todo caso lo digo por una experiencia particular, mucha de la gente que se dedica a hacer este tipo de cosas, también se dedica a estar en la parte de la gestión de la toma de decisiones, o sea, la gente que se dedica con experticia a hacer solamente el trabajo técnico, por lo general también está involucrada en otras cosas que le ha llevado mucho más tiempo como para decir: "Nos detenemos un poco y hacemos un consorcio entre países para dedicarnos a esto"; y a su vez, porque también habría que limar muchas asimetrías que

hay justamente de posibilidades de acceso, de organización de los sistemas sanitarios de cada país.

Otro tema que me parece fundamental en este proceso y que creo que lo dificulta, esto si bien hay una voluntad y una intención, insisto, pues todos nos encontramos ante la misma coyuntura, el problema es que muchas de las cosas que nosotros pensamos de, por decirlo, laboratorio de evaluación o toma de decisiones, luego tiene que pasar por toda una etapa no solamente de decisión política sino también decisión administrativa y financiera en nuestros países, que por lo general tiene una burocracia y un condicionamiento por parte de la opinión pública, tremendamente sensible y eso le agrega una dificultad adicional a nuestras características culturales como región.

Pero volviendo a tu pregunta, la inquietud está, creo que hay que hacer algo para el futuro porque van a venir otros problemas sanitarios, creo que la pandemia nos ha generado esta enorme enseñanza y nos toca tomarla para poder organizarlos para hacerlo de otra manera.

Minuto [00:44:19] Úrsula Gideon: Gracias Santiago, yo creo que va a quedar para la historia esa frase de Borges: "No nos une el amor sino el espanto", y respecto al tiempo cuando tu dijiste: "Quizás si nos tenemos que tomar el tiempo", quizás podemos cerrar eso con decir: "Vístame despacio porque tengo afán", que entiendo que lo dijo Napoleón en algún momento. La última pregunta Santiago, creo que una palabra que ha aparecido todo el tiempo en esta conversa que el ejercicio de la ETS claramente no puede ser estático, cambia la evidencia, tenemos que ser dinámicos, ajustar a medida que cambia el contexto y la evidencia. En este sentido, ¿Qué lecciones concretas nos deja la pandemia sobre cómo ajustar los procesos para el monitoreo y la actualización de los resultados de ETS que es un tema que muchas veces pasa un poco desapercibido en estos debates?

Minuto [00:45:28] Santiago Torales: Si, en ese sentido y como por ahí lo hablamos siempre en la discusión del equipo de trabajo, e incluso también cuando hacemos docencia, uno para tomar las decisiones debería tomar la mejor evidencia disponible, y lo que hemos asistido durante todo el tiempo de la pandemia es, por ejemplo, a muchos tratamientos que es una gran enseñanza que parecía que in vitro funcionaban, pero luego en el sentido de resultado clínico no. Entonces hay diferentes niveles en la escala, en la pirámide de generación de evidencia y uno tiene que tomar decisión en base a la máxima disponible. Entonces, si bien es cierto que hay muchos estudios de base,

in vitro o poblacionales que parecerían indicar, no puede tomarse una de decisión sanitaria por eso sino por lo que tiene mayor resultado definido por los criterios más altos del diseño clínico. En ese sentido, ha habido un enorme esfuerzo -lo celebro porque también me tocó trabajar de forma paralela en la dirección de investigación en salud del Ministerio de Salud-, en poner en foco el tema de la investigación y que se ha dado un impulso enorme no solamente en mi país sino a nivel mundial con respecto a la investigación con procesos acelerados, obviamente siempre resguardando las condiciones bioéticas y de no futilidad de la investigación clínica, pero siempre buscando llegar al mejor resultado posible y la sensación que da en el camino es que hubo intereses para que se generen tomas de decisiones basadas en evidencia que estaba en construcción.

También creo que un aprendizaje de muchas de las cosas, y sobre todo lo hemos pasado en nuestro país, es que sigue transcurriendo el tiempo, hay casos muy particulares como, por ejemplo, en el caso de la Ivermectina donde lamentablemente creo que teníamos razón cuando decíamos de no hacer ciertas cosas con tanto apuro, más allá de los resultados in vitro. Entonces creo que la metodología que llevamos adelante, si bien tiene esta necesidad de ajustes todo el tiempo, y sobre todo tienen que ser explícitos los mecanismos por los cuales se llegan a los resultados, el método sigue siendo sólido, tiene que ser lo más rápido posible, hay un enorme esfuerzo a nivel mundial en la actualización viva de todas estas evidencias; hay que tomar esa información y lo más importante es llevarlo de una manera concreta y lo más clara posible para que los tomadores de decisión, con la mayor independencia posible, puedan hacerlo con la máxima información disponible.

Minuto [00:47:50] Úrsula Gideon: Gracias Santiago, muy buena tu intervención y también lo que subrayas sobre que el apuro no significa que no podamos ser explícitos y rigurosos, siempre toca guiarnos por la máxima disponible así esa cambie en el tiempo. Muchas gracias, Santiago, y con eso ya pasamos a la última parte de la sesión en la que vamos a recibir las preguntas y cedo la palabra a Katherine.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Minuto [00:48:25] Katherine del Salto: Gracias Úrsula, gracias a todos nuestros ponentes. Hoy ha sido una sesión realmente interesante y tenemos algunas preguntas de la audiencia en el QNA. I'm going to switch to English to make the first question to Dan. So, we've talked about, always when we talk about health technology assessment that is not just the analytical method, right? It has some social value in it, and then it shouldn't stay just in the paper and the result of the analytical method, and so, Giovanni Guevara sent us this question, which I think is really interesting: even though we've had evidence, why have we seen so many errors and so much misinformation, not only on the general population, but even through decision makers and the health professionals? And how can we learn from COVID moving forward into how to bridge that gap between the evidence that we generate, and the actual decisions being taken?

Minuto [00:49:39] Dan Ollendorf: Thank you Katherine and that is a really interesting question and I wish I had the answer. I 'm sure many people did the same thing, but I have read a lot of history during the pandemic, and I've certainly seen a lot of the behaviors that we are observing today essentially showing up the same way during the 1980 worldwide flu pandemic as well. A lot of mistrust of what government officials are saying, I think is definitely one root cause and when you mentioned the link to policy makers, I think some decision makers, policy makers, politicians, see political gain in continuing to push misinformation even though it's potentially very damaging to the population from a public health perspective. So, I think is an ongoing challenge and struggle, I think that the only thing that can be done is to continue to document not only the benefits of those interventions that do have supporting evidence, but to show the harm of considering interventions that do not.

In the U.S. we have of course lots of inappropriate use of Ivermectin and there needs to be more reports of individuals having a poisoning situation, through that inappropriate use that has to be made clear that when you ignore the evidence this is the kind of thing that happens, it has to be made much more available to people to see, but, I think that the (NE [00:51:26]) is on the regulators, the HTA bodies, those that are actually making the decisions and setting the priorities to keep the evidence at the front center, regardless of what the population and the politicians are saying.

Minuto [00:51:42] Katherine del Salto: Thank you, I completely understand that it's a very difficult question, but I think, if we want to see a real impact, we should be having this debate on how to bridge that connection. Thank you so much Dan.

I'm going to switch now to Sergio, there are a couple of questions about the quality of data and how we can make it better, not only the process of inputting this data but, I think many of the people that are here are probably staff at different ministries of health, how do we trust the data that we are generating? And if you have any experience in methods that have helped especially middle-income countries to have a better quality of data to do this analysis, whether in times of the pandemic or beyond.

Minuto [00:52:44] Sergio Torres Rueda: I think it is an interesting question, I think there's an over reliance, as I said in the pandemic, on data that in other circumstances we'd recollect through basic primary data collection, or cost data for example, that we would just have to model. I think it'll be interesting and important actually to go back and maybe validate whether that modelling actually was accurate, did we get the costs mostly right or not and I think, as I said, it's a perfectly legitimate way to arrive at a cost if you do modelling or to do (expert elicitation [00:53:17]) techniques, but I think going back and validating that would be important, I think it would be important also because if we feel that these are perhaps less time consuming but equally accurate methods of estimation we could sort of as a community switch more towards that or to not to be so reliant on primary data.

But I think this is not just an issue of costing, I think is an issue that a lot of (NE [00:53:41]) HIV for example has where there're new estimates effectiveness in trials or in pilot programs but then once this gets scaled up you never go back to check, to validate whether those predictions are correct. So, I think generally just having that sort of validation will kind of perhaps give some more certainty about the accuracy of information and sort of guide us into where we need to make modifications.

Minuto [00:54:10] Katherine del Salto: Thank you so much. I'll direct the second to last question to Santiago, I have a question here, because you've been in office during this pandemic: How much could we actually use economic evidence, during the adoption of technologies, be it

vaccines for instance, during this pandemic? And where were the gaps? And if we used it, how did we used it may be using evidence from other countries and, how did we adopt it into ours?

Minuto [00:54:50] Santiago Torales: Thanks Katherine and I will return to Spanish because I think our audience is full of people who talks Spanish.

Minuto [00:54:56] Katherine del Salto: Sí, por supuesto.

Minuto [00:54:59] Santiago Torales: Yo creo que es muy difícil realmente, si la evidencia está cambiando, sobre todo en nuestra región, hacer una traslación tan concreta y automática de los cambios que ha habido a nivel económico y financiero, tanto de las capacidades en los países para generar riqueza en una situación tanto política como económica y social que generó la pandemia, para realmente tomar decisiones concretas sobre cuáles son los presupuestos disponibles en salud. Entonces hacer extrapolaciones de qué es lo que se hizo en relación con estudios de costo-efectividad sobre tal o cual cosa, en otros lugares lo veo realmente muy complejo. De hecho, casi nos cuesta un montón o por lo menos en el caso particular de Argentina, tratar de establecer un parámetro que sea útil a lo largo de todos los sistemas de cobertura y financiamiento. Creo que no llegamos a tanto, por lo menos desde la modesta experiencia de nuestro país. Creo que puede extrapolarse a otros lugares de la región o, en todo caso, si llegamos a hacerlo, vamos a llegar con unos resultados que estén mucho más tarde de lo que se necesitaba para tomar la decisión correcta.

Si creo, y vuelvo otra vez al punto, la evidencia no es negociable, también que hay que hacer adaptaciones en cuanto a los resultados económicos en base a lo que se tenga para hacerlo comprensible para el que tiene que tomar la decisión ayer, no dentro de 6 meses como por lo general llevan este tipo de estudios. Creo que si, en todo caso, me interesó mucho lo que dijo Sergio y es que si nos tomamos un tiempo cuando quizás esto pase o logre detenerse, pensar en modelos que nos permitan anticiparnos a las cosas que van a venir después, testearlos, probarlos con toda la información que se ha ido acumulando. Todavía estamos en una etapa donde estamos en plena batalla y no hemos tenido tiempo para hacerlo, pero creo que ese sería el aprendizaje para el futuro.

Y en particular con el tema de las vacunas, también me quedo con esto que comentó Dan, a mi desde el punto de vista ético y desde el punto de vista como ser humano, seguir viendo que a nivel del

resultado clínico que podría ser extrapolable o similar entre los resultados de las vacunas, tenemos tantas asimetrías de precios de venta o disponibilidad de compra a lo largo de diferentes países del mundo, cuando estamos hablando de una pandemia que no afectó una región, un país o una provincia sino a todo el mundo, y que todo el mundo luego de esto va a ser diferente. Creo que esas si son cosas que por ahí desde el punto de vista filosófico nos deberían llevar a pensarlo de otra manera.

También, como último comentario, más allá de lo que sea la evaluación de la tecnología como estamos acostumbrados, la tecnología dura, pensar en la tecnología soft porque es la que ha tenido un tremendo impacto a nivel de la organización de los sistemas de salud y también ha tenido un enorme impacto en lo que la gente percibe desde su utilidad. Salirnos un poco de la caja de pensar la Evaluación en Tecnologías simplemente como tal vacuna o tal medicamento, sino pensar en sistemas organizacionales o en medidas sociales como el distanciamiento y su impacto real. Creo que eso es un campo nuevo que debería ser una enseñanza para los años futuros.

Minuto [00:58:03] Katherine del Salto: Muchas gracias, thank you all, I actually think I'm going to give the word to Ursula to close this session but thank you so much to all three of you, it's been wonderful to listening to you. Muchas gracias también a quienes nos acompañaron en la audiencia y ojalá que esto que la Evaluación de Tecnologías Sanitarias realmente se vuelva más dinámica y colaborativa.

Minuto [00:58:29] Úrsula Gideon: Gracias Katherine. Yo creo que una frase: "La ETS nunca será la misma después de esta pandemia", y lo digo en un sentido bueno. Muchas gracias de verdad a todos nuestros destacados expertos, yo personalmente he disfrutado enormemente esa conversación porque ustedes se complementaban de una manera realmente magnifica. Quiero aprovechar este momento para también hacer un poco de publicidad a un curso, MOOC, que tenemos sobre priorización explícita y estrategias para conseguir precios más accesibles de medicamentos. Este fue un esfuerzo colaborativo espectacular de más de 40 expertos, todos top-top, así que los que no se han inscrito en el curso, háganlo, lo recomiendo vivamente y les estaríamos muy agradecidos si lo pueden compartir con sus colegas. Es gratis, a su propio ritmo, pueden escoger los módulos que les interesan y, de hecho, muchos de los temas que tocamos hoy están en este MOOC. Está disponible en su segunda versión en español y está también en inglés, así que también nuestros expertos de

habla inglesa si lo quieren compartir, adelante, estaríamos muy felices.

Quiero invitarlos por último a visitar nuestra página web de la Red Criteria, ahí van a encontrar un montón de recursos interesantes, Notas Técnicas, por ejemplo, tenemos ahora una serie de Notas Técnicas sobre, justamente, priorización explícita en tiempos de la pandemia y pueden encontrar todos los webinar anteriores si se los han perdido o si hay algún tema que les interesa, ahí están junto con sus transcripciones. Hay muchos recursos más, háganse un paseo por nuestra página y sin más, les doy las gracias a todos, ha sido un verdadero gusto encontrarnos con ustedes el día de hoy. Muchas gracias, hasta luego.



CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority
Setting and Health Benefits Plans



<https://criteria.iadb.org/es>