

# **WEBINAR TRANSCRIPCIÓN:**

## **DESAFÍOS DE LA PANDEMIA PARA LA SALUD PÚBLICA ¿QUÉ PRIORIZAR?**

*Presentado por Catalina Gutiérrez Sourdis*

**División de Protección Social y Salud**  
**Banco Interamericano de Desarrollo**  
[www.iadb.org/es/salud](http://www.iadb.org/es/salud) - [scl-sph@iadb.org](mailto: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.




# DESAFÍOS DE LA PANDEMIA PARA LA SALUD PÚBLICA ¿QUÉ PRIORIZAR?

Julio 2021

Presentado por Catalina Gutiérrez Sourdis


ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

# INTRODUCCIÓN:



**WEBINAR**


**DESAFÍOS DE LA PANDEMIA PARA LA SALUD PÚBLICA**  
¿Qué priorizar?




**Catalina Gutiérrez Sourdis**  
Investigadora y consultora senior en economía de la salud y protección social.

**Martes, Julio 20 de 2021**  
11:00AM – 12:00PM (EDT)

**Idioma**  
Español

 Catalina Gutiérrez



## Minuto [00:05:12]

Hoy tenemos la oportunidad de presentar un trabajo que se ha venido desarrollando en los últimos meses, compartiremos con nuestra audiencia una serie de notas técnicas sobre priorización en tiempos de pandemia. Esta serie está siendo publicada actualmente, las dos primeras notas ya están disponibles en la página web del BID.

La creciente carga de la enfermedad por COVID-19 ha llevado a los gobiernos de todo el mundo a enfocarse en contener los efectos de la pandemia. Sin embargo, esto tiene que estar acompañado de mitigar los efectos indirectos sobre otros servicios de salud ¿Cómo decidir las prioridades en atención para el COVID y otras áreas en salud? Esta serie de notas técnicas aborda el tema en el contexto de emergencia sanitaria y la priorización explícita.

La primera de las notas presentó un marco conceptual y los principios y procesos de la priorización explícita en situaciones de crisis. La segunda expande sobre la primera y se enfoca en las intervenciones terapéuticas. La tercera y cuarta serán publicadas posteriormente y se enfocan en intervenciones no terapéuticas y la priorización entre la atención del COVID y otras necesidades de

salud.

El día de hoy tenemos el agrado de presentar a la autora de esta serie de notas técnicas, la doctora Catalina Gutiérrez. Es economista, PhD de la Universidad de Nueva York, especialista en Economía de la salud y protección social. Ha sido profesora de la Universidad de los Andes en Colombia y consultora para diferentes gobiernos y entidades multilaterales y ONG con amplia experiencia en temas de financiamiento en salud y asignación de recursos en varios países de nuestra región.

# PRESENTACIÓN:



## Minuto [00:07:23]

Catalina Gutiérrez: Muchas gracias, Katherine, Marcela y Úrsula por esta invitación. Es un placer estar con ustedes en este Webinar.

Las notas técnicas abarcan en detalle varios temas de priorización en tiempos de pandemia. Ya Katherine hizo un resumen. Es imposible cubrir todos los temas acá, quiero entonces resumir algunos de los puntos que me parecen más relevantes, pero los invito a leer las notas que describen en más detalle los temas que voy a tratar acá.

Lo primero que quiero presentar es el marco conceptual que se desarrolla en la primera nota técnica. El marco hace referencia a qué es lo que debemos priorizar para minimizar los impactos en salud de la pandemia y cómo hacer esta priorización.

Empecemos por el qué hay que priorizar ¿Qué es lo que debemos priorizar de manera explícita?

La nota propone pensar la priorización como tres bolsas de recursos o dimensiones de asignación. En una primera dimensión debemos definir cómo asignamos recursos entre diferentes intervenciones

terapéuticas y no terapéuticas para combatir el COVID. Es decir, el segmento superior, azul claro de la pirámide de la diapositiva. Es decir, una vez sabemos cuántos recursos vamos a destinar al COVID, al interior de sea bolsa, ¿Cómo se hace esa intervención?

La segunda priorización es al interior del sector salud ¿Cómo asignamos recursos entre intervenciones para la atención y contención del COVID y otras enfermedades? Y aquí vale la pena anotar que es indispensable hacer un incremento de los recursos asignados al sector salud, de lo contrario, toda la atención del COVID se hará a costa o desplazando otros servicios de salud.

Finalmente, entre sectores, es decir, ¿Cómo asignamos recursos entre salud y otros sectores, por ejemplo, asistencia social o estímulos económicos que también tienen impactos en salud?

Finalmente hay que priorizar entre grupos poblacionales ¿Quiénes reciben la vacuna, quiénes reciben los ventiladores, quiénes reciben las máscara?



## Minuto [00:09:34] ¿Cómo priorizar?

En esta serie de notas técnicas abordamos los dos primeros segmentos de la pirámide, pero es importante no olvidar los otros sectores. La segunda pregunta es ¿Cómo priorizar? La nota aborda este tema y propone que la priorización debe hacerse de manera holística, guiada por principios y siguiendo procesos. ¿Qué quiere decir eso? Holísticamente quiere decir que hay que tener en cuenta no solo los efectos directos en salud del COVID-19 sino también los efectos indirectos en otras condiciones de salud por las intervenciones no terapéuticas; los efectos directos en salud por desplazamiento de servicios y recursos de otras atenciones; y los efectos indirectos sobre otras condiciones de salud por impactos socioeconómicos. Es decir, no debemos concentrarnos solamente en la priorización de la primera bolsa que hablé, el primer segmento de la pirámide, sino que debe ser holística entendiendo todos los efectos directos e indirectos sobre la salud poblacional.

Segundo, debe estar guiado por principios. ¿Qué quiere decir guiado por principios? ¿Qué son principios? Son básicamente reglas que yo utilizo para asignar los recursos. ¿Cuáles son las reglas que usualmente se utilizan para asignar recursos en salud? Son las mismas que se pueden utilizar para la pandemia:

1. Eficiencia o búsqueda del mayor beneficio en salud para la mayoría.



2. Equidad y protección de los más vulnerables. Esto básicamente dice que todas las personas deben tener la misma probabilidad de acceder a los beneficios sin referencia de edad, género, capacidad de pago, localización geográfica, etc. También busca que el costo de las intervenciones sea absorbido de manera colectiva y distribuido equitativamente, evitando exacerbar inequidades existentes ya en nuestros países en las condiciones y en el acceso a los servicios de salud y en los resultados en salud.

3. Reciprocidad. Es asignar recursos priorizando a quienes asumen un costo desproporcionado en beneficio de otros, por ejemplo, el personal de salud. Son reglas que las sociedades han encontrado valiosas e importantes en la distribución de recursos.

4. Final y particularmente importante, durante pandemias o emergencias de salud pública, es la protección de la libertad individual. Aquí en el ámbito clínico, eso quiere decir: consentimiento informado, respeto por las decisiones individuales y, en el ámbito público, la idea es que las medidas de contención no restrinjan las libertades individuales de manera desproporcionada, injustificada o excesiva con el riesgo de violar derechos humanos y no lograr el apoyo de la población.

Siguiendo procesos. Si uno mira los principios, de entrada, uno ve: "Bueno, pero la autonomía y la libertad individual pueden estar en contravía de la eficiencia o en contravía de otros principios; la reciprocidad puede ir en contravía de la eficiencia". No hay respuestas sencillas a cómo priorizamos o qué importancia le damos a uno u otro principio, por eso es importante tener unos procesos explícitos para hacer estas asignaciones. Los procesos deben ser públicos y transparentes, es decir, las razones por las cuales se toman las decisiones deben ser públicas, deben ser procesos basados en evidencia o juicio experto dado que en las pandemias no hay suficiente evidencia. Deben ser relevantes, es decir, que las razones o los principios que se usan para tomar una decisión son válidos, resultan válidos para la ciudadanía y son defendibles. Participativos, muchas personas dicen: "Bueno, pero uno no puede ser participativo en una pandemia", uno debe ser y los procesos deben ser particularmente, en una pandemia, participativos; los procesos participativos no tienen por qué ser largos, pueden ser procesos rápidos de consulta, pero deben ser participativos para lograr la aceptación y el apoyo de la población a medidas que le afectan de manera importante.

Consistentes, básicamente las mismas reglas aplican para todo el mundo. Con capacidad de revisión y apelación, es decir, si no se siguió una parte del proceso o si no se aplicaron las reglas como se

estableció, las personas deben tener derecho a apelar. También deben ser monitoreados y regulados para que efectivamente se cumplan los pasos que acabamos de mencionar.

## Cómo asignar Intervenciones farmacológicas

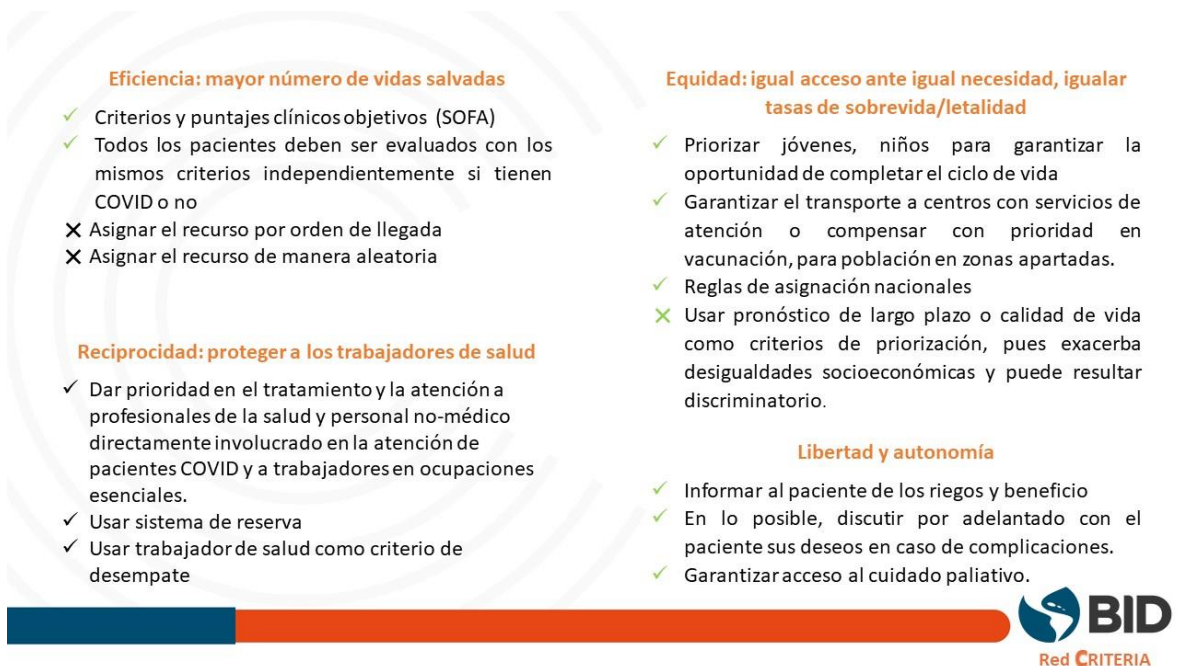
Contexto clínico – entre pacientes o grupos poblacionales

Contexto sectorial – entre intervenciones



### Minuto [00:14:28] ¿Cómo asignar intervenciones farmacológicas?

Lo siguiente, muy brevemente, es hacer referencia a cómo asignar intervenciones farmacológicas. La asignación se debe hacer en dos ámbitos: en el contexto clínico (es definir entre grupos de pacientes o entre grupos poblacionales) y en el contexto sectorial que es decir cuáles intervenciones priorizo, en dónde invierto los recursos en las intervenciones terapéuticas.



**Eficiencia: mayor número de vidas salvadas**

- ✓ Criterios y puntajes clínicos objetivos (SOFA)
- ✓ Todos los pacientes deben ser evaluados con los mismos criterios independientemente si tienen COVID o no
- ✗ Asignar el recurso por orden de llegada
- ✗ Asignar el recurso de manera aleatoria

**Reciprocidad: proteger a los trabajadores de salud**


- ✓ Dar prioridad en el tratamiento y la atención a profesionales de la salud y personal no-médico directamente involucrado en la atención de pacientes COVID y a trabajadores en ocupaciones esenciales.
- ✓ Usar sistema de reserva
- ✓ Usar trabajador de salud como criterio de desempate

**Equidad: igual acceso ante igual necesidad, igualar tasas de sobrevida/letalidad**

- ✓ Priorizar jóvenes, niños para garantizar la oportunidad de completar el ciclo de vida
- ✓ Garantizar el transporte a centros con servicios de atención o compensar con prioridad en vacunación, para población en zonas apartadas.
- ✓ Reglas de asignación nacionales
- ✗ Usar pronóstico de largo plazo o calidad de vida como criterios de priorización, pues exagera desigualdades socioeconómicas y puede resultar discriminatorio.

**Libertad y autonomía**

- ✓ Informar al paciente de los riesgos y beneficio
- ✓ En lo posible, discutir por adelantado con el paciente sus deseos en caso de complicaciones.
- ✓ Garantizar acceso al cuidado paliativo.



## Minuto [00:14:54] Asignar intervenciones farmacológicas en el ámbito clínico

Pasemos primero al ámbito clínico. El ámbito clínico, hay que decidir preguntas difíciles como: "¿Cómo asigno ventiladores? ¿Cómo asigno medicamentos? ¿Cómo asigno las vacunas?". Aquí voy a poner rápidamente un ejemplo para el caso de los ventiladores que ha sido ampliamente debatido. En la nota se cubren las demás intervenciones terapéuticas para aplicar el principio de eficiencia, es decir, el mayor número de vidas salvadas.

En el ámbito clínico, eficiencia usualmente se entiende en situaciones de pandemia como el mayor número de vidas salvadas. Ese es mi objetivo, esa es mi regla, esa es mi meta. Quiere decir que esto se debe hacer con criterios y puntajes clínicos objetivos de sobrevida, de tal forma que asigno el recurso escaso a las personas que tienen más probabilidad de sobrevivir si les doy el recurso y evito asignarlo a las personas que aun recibiendo el recurso, tienen poca probabilidad de sobrevivir. Algunos instrumentos para ello son:

- El SOFA, instrumento para estimar la sobrevida de un paciente en cuidado crítico.
- Todos los pacientes deben ser evaluados con los mismos criterios, independientemente de si tienen

COVID o no. Estamos hablando de vidas salvadas, no vidas salvadas de COVID.

- No se debe asignar el recurso por orden de llegada porque el orden de llegada no tiene relación con la sobrevivencia y no se debe asignar el recurso de manera aleatoria por la misma razón.

En términos de equidad: igual acceso ante igual necesidad, igualar las tasas de sobrevivencia de los diferentes grupos poblacionales o igualar la tasa de letalidad. Por ejemplo, sabemos que, en poblaciones indígenas, en varios países de nuestra región, la tasa de letalidad es más alta ¿Por qué? y ¿Cómo igualamos las tasas de letalidad?

- Algunos analistas recomiendan priorizar jóvenes y niños, bajo el criterio de equidad para garantizar la oportunidad de completar el ciclo de vida.

- Garantizar el transporte a centros de servicios de atención para zonas dispersas o población que vive en zonas alejadas o compensar con prioridad la vacunación. Es decir, si me cuesta trabajo llevarlo a los servicios, entonces lo priorizo en vacunación para igualar las tasas de letalidad.

- Las reglas de asignación deben ser nacionales. Si son, por ejemplo, por hospital o por región, las personas van a ser tratadas de manera diferente, dependiendo del hospital que lleguen.

- No se debe usar pronóstico de largo plazo o expectativa de vida de largo plazo o calidad de vida como criterios de priorización porque exacerba desigualdades socioeconómicas y puede resultar discriminatorio. En el caso de calidad de vida, por ejemplo, discriminaría en contra de personas discapacitadas; si se usa criterio de expectativa de vida de largo plazo, se estaría castigando a las personas de mayor edad. En muchas partes se pensó en no asignar ventiladores a personas mayores de 80, y pues eso da la idea de que unas vidas valen más que otras. Entonces el criterio debe ser el mayor número de vidas salvadas y no los años, calidad de vida o los criterios de largo plazo.

En reciprocidad, básicamente es proteger a los trabajadores de salud. Todos los países han tenido ese tipo de priorización, especialmente en el tema de las vacunas, pero también es importante pensar si dar prioridad en el tema del tratamiento. Hay un sistema que se ha desarrollado recientemente que es el sistema de reserva para reservar un grupo de recursos a una población que se quiere priorizar, en este caso a los trabajadores de salud. No se trata de dejar recursos des-utilizados, es un tema algo

complejo que no voy a explicar aquí en este detalle, pero básicamente consiste en reservar un porcentaje de los recursos o porcentaje de los ventiladores, en este caso, para el personal de los servicios de salud ya sea médico o no médico.

En el caso, por ejemplo, de dos persona que llegan y tienen un mismo puntaje de sobre vida, pues el trabajador de salud podría tener prioridad, usarlo como criterio de desempate.

Ustedes pueden ver que todos estos son temas super controversiales, no hay respuestas únicas o correctas y por eso la importancia de usar procesos participativos o transparentes.

Y está el tema de libertad y de autonomía, voy a saltármelo en este momento, pero básicamente es el criterio de autonomía que se usa en los espacios clínicos.

## Eficiencia: costo-efectividad, impacto presupuestal

- Vacunación es la intervención más costo-efectiva, especialmente si se tiene en cuenta el costo económico
- Dexametasona/glucocorticoides son CE
- Concentradores de Oxígeno portátil
- Servicios UCI son efectivos pero a un alto costo
- Otras alternativas no son costo-efectivas en ALC con la evidencia disponible - solo bajo estudios clínicos (e.j Ivermectina, Cloroquina, Remdesivir, otros)



### Minuto [00:19:53] Eficiencia e impacto presupuestal

Pasemos ahora a cómo asignamos y decidimos entre qué inversiones terapéuticas voy a utilizar, es decir, vacunación, medicamentos, unidades de cuidado intensivo ¿Cómo las asignas?

Para priorizar entre intervenciones terapéuticas se deben tener en cuenta los mismos principios de asignación. En el caso de la eficiencia, por ejemplo, se suele usar la costo-efectividad. La costo-efectividad, sin embargo, requiere información no siempre disponible en condiciones de una pandemia por un patógeno nuevo. Igualmente, para decidir si una intervención es costo-efectiva se suele utilizar un umbral de costo-efectividad como, por ejemplo, tres veces el pi per cápita; y la regla es que, si el costo de la vida salvada es inferior al umbral, la intervención es costo-efectiva y se debe adoptar. Pero no es muy claro que los umbrales de costo-efectividad que se utilizan en condiciones normales, sean válidos para pandemias. Los umbrales, de por sí, en condiciones normales protagonizan debates sobre si se deben utilizar o no, por eso a veces es más útil el impacto presupuestal, es decir, ¿Cuánto me cuesta esta intervención? Porque me da una idea de cuál es el monto de recursos que puedo destinar a otra intervención.

La revisión de la literatura realizada muestra que la vacunación es la intervención más costo-efectiva, especialmente si se tiene en cuenta el costo económico. El Fondo Monetario Internacional, por

ejemplo, predice que las economías de América Latina y el Caribe se habrán contraído un 7.2%, generando pérdidas por US\$280.000 millones, durante el 2020 y el principio del 2021 debido al COVID-19. Y concluye que poner fin a la pandemia solo 3 meses antes a través de la vacunación, produciría casi US\$125.000 millones para la región y esto es únicamente en beneficios económicos, no estamos hablando de vidas salvadas y contagios evitados.

Sin tener en cuenta los costos económicos, es decir, si no tenemos en cuenta el impacto sobre el Producto Interno Bruto y la actividad económica, la vacunación también es costo-efectiva. Cada vez están saliendo nuevos trabajos, el trabajo más riguroso que se ha hecho es para Estados Unidos. Encuentra que asumiendo un costo de US\$84 por vacuna aplicada, es decir, incluyendo la vacuna más el costo de la distribución, el costo incremental por QALY ganado, versus no vacunación, es de US\$8.200. Esto está muy por debajo del umbral de US\$50.000, el más bajo que se usa en Estados Unidos para definir costo-efectividad. Es decir, una sexta parte del umbral.

Prevé, además, entre 60.000 y 83.000 muertes evitadas en un año y esto es si no hay ninguna priorización entre grupos poblacionales, es decir, si aplico la vacuna a todo el mundo (teniendo en cuenta que todo el mundo sea elegible instantáneamente). Si se priorizan los grupos de alto riesgo, como se ha hecho en la mayoría de los países, las vacunas resultan costo-ahorradoras, es decir, ahorran costos, no es que me cueste por tanto QALY algo, sino que me ahorra costos en general versus la no vacunación.

Hay otros estudios más recientes que se han hecho para otros países con resultados muy similares. Hay un estudio para 91 países de ingreso medio y bajo; encontramos estudios individuales para Sudáfrica, Dinamarca, Reino Unido y todos encuentran resultados similares.

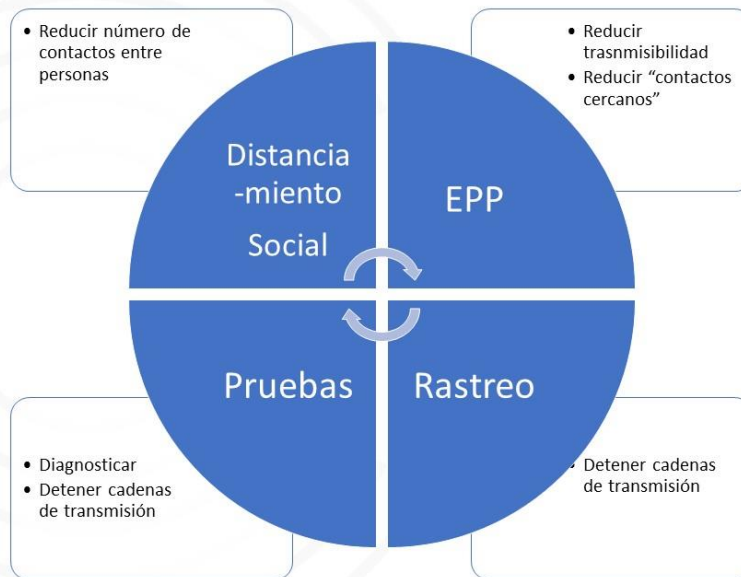
Después de la vacunación la Dexametazona y los Glucocorticoides son altamente efectivos en el tratamiento del COVID severo; los concentradores de oxígeno portátil son costo-efectivos, más que, por ejemplo, la construcción completa de plantas de oxígeno. Los servicios de Unidades de Cuidado Intensivo son efectivos, pero a un muy alto costo y claramente otras alternativas no son costo-efectivas en América Latina y el Caribe con toda la evidencia que hay hasta hoy y debe ser proveída solo bajo estudios clínicos.



Por ejemplo, el Remdesivir no es costo-efectivo en nuestros países por su alto costo y porque su efecto es acortar en unos pocos días la hospitalización. Otras intervenciones como la Ivermectina y la Cloroquina no solo no son efectivas, sino que usar esos medicamentos para la atención del COVID los desplaza de otras atenciones en donde si son efectivos, es decir, estoy desperdiciando los recursos haciendo eso y evitando que otras personas que podrían beneficiarse y obtener más salud por tener acceso a esos medicamentos, no los tienen.

## Como asignar intervenciones no farmacológicas

Entre grupos poblacionales  
Entre intervenciones



### Minuto [00:25:14] ¿Cómo asignar intervenciones no farmacológicas?

Nuevamente tenemos que hablar entre grupos poblacionales y entre intervenciones.

Las intervenciones farmacológicas que se cubren en la nota técnica básicamente son:

-El distanciamiento social, cuyo propósito es reducir el número de contactos entre personas.

-El equipo de protección personal que la idea es reducir la transmisibilidad de quien usa la máscara y reducir lo que llaman "contactos cercanos". En temas de rastreo, un contacto cercano se define como una persona con la que he estado 15 minutos a una distancia menor de 3 metros sin máscara.

-El rastreo que tiene como propósito detener las cadenas de transmisión.

-Las pruebas cuyo propósito es diagnosticar y detener cadenas de transmisión. Es importante recalcar que con intervenciones no terapéuticas estamos hablando de pruebas diagnósticas para casos presintomáticos, es decir, antes de que desarrollen los síntomas, o casos asintomáticos o con síntomas muy bajos; no para casos sintomáticos ya que las pruebas para casos sintomáticos entran dentro de la bolsa de intervenciones terapéuticas.

## Costo efectividad e impacto presupuestal

- Hay incertidumbre
  - estudios usan diferentes medidas de desenlace
  - Umbral
- Contextual:
  - Nivel de desarrollo base (sistemas de información, laboratorios)
  - Depende de la efectividad de la comunicación alrededor de la estrategia y la confianza y la cultura
- Varía con el nivel de contagio
- El conjunto de medidas es más efectivo que las medidas aisladas



### Minuto [00:26:33] Costo efectividad e impacto presupuestal

No voy a hablar de cómo se asignan estas intervenciones entre personas, le recomiendo la nota. En la nota está ampliamente discutido el tema. Voy a hablar de cómo se asignan entre intervenciones, cómo decido entre: hago pruebas, hago rastreo, reparto máscaras... Es importante anotar que se utilizan los mismos criterios de asignación, costo-efectividad, equidad, reciprocidad y autonomía y libertad individual. Voy a concentrarme en la costo-efectividad.

1. Lo primero que es importante anotar es que hay gran incertidumbre en términos de costo-efectividad. El tema del umbral sigue ahí.

2. Más importante aún, el contexto es muy importante:

-El nivel de desarrollo base que tenga el país, por ejemplo, si voy a establecer un sistema de rastreo y en mi país no hay sistemas de rastreo para otras enfermedades infecciosas, tengo que hacer todo el entrenamiento y montar todo el sistema de información, el rastreo se vuelve muy costoso y es muy diferente la costo-efectividad en un país así versus un país que efectivamente ya tiene montado todo un sistema de rastreo para otras enfermedades infecciosas y es cuestión de ampliarlo para COVID.

-Depende de la efectividad de la comunicación alrededor de las estrategias y la confianza en la cultura.

Si en un país hay desconfianza y las personas no quieren compartir sus contactos, pues va a ser menor la efectividad versus un país en donde la gente colabora.

3. Varía con el nivel de contagio. Por ejemplo, las pruebas y rastreo son efectivos cuando hay contagio insipiente o moderado, cuando hay contagio acelerado ya el rastreo se torna absolutamente inefectivo por la simple incapacidad de rastrear a todos los contactos y el costo creciente que eso implica. En esos casos habría que optar por otras intervenciones.

4. Finalmente, todos los estudios revisados encuentran que el conjunto de medidas es más efectivo que las medidas aisladas. Es decir, la priorización debe tratar de asignar recursos a las cuatro intervenciones que mencioné en la diapositiva anterior.

## ENTREVISTA:

**Minuto [00:29:07] Úrsula Gideon:** Mil gracias. Excelente presentación, super sintética. Les confieso al escuchar todas estas reflexiones que nos comparte Catalina, yo digo: "Ojalá no fuera... Ojalá nunca sea el que tenga que tomar la decisión", porque es demasiado complejo todos los niveles, los contextos, etcétera, pero super útil.

Ahora vamos a pasar a la entrevista que vamos a hacer entre Marcela y yo. Entonces voy con la primera pregunta, Catalina contesta, después le pasamos la palabra a Marcela para la segunda, y así sucesivamente.

Como todos ya sabemos, todos los países, desde los más pobres hasta los más ricos, toman decisiones de asignación de recursos todo el tiempo, muchos lo hacen de manera implícita y un número creciente lo hace de manera explícita con marcos de valor que se aplican de manera sistemática y a veces inclusive con principios de buena gobernanza. Lo que me interesaría ahora preguntarle a Catalina, dado esto, es ¿Qué es diferente en la priorización explícita en épocas de pandemia? Algunos temas ya los mencionaste, pero ¿Por qué no nos resumes en unos pocos puntos qué hace este cuento completamente diferente en un contexto de pandemia? Gracias.

Minuto [00:30:50] Catalina: Primero, el consenso en emergencias de salud pública es que se debe buscar el mayor bienestar colectivo. Esto incluido el ejercicio clínico donde tradicionalmente solo se mira el bienestar del paciente particular, como lo mostré antes y se verá en la nota, este cambio de paradigma se ve más crudamente en la priorización de ventiladores mecánicos. Entonces hay un cambio de paradigma importante en la atención clínica.

El segundo es que, en epidemias o pandemias, el comportamiento individual genera costos sobre el bienestar colectivo. Por ejemplo, un individuo que no utilice la máscara aumenta el riesgo de infección de la población. Esto con frecuencia implica que es necesario restringir las libertades individuales: obligar al aislamiento y al uso de máscaras para proteger el bienestar colectivo. El éxito de la respuesta depende de que la ciudadanía acepte estas limitaciones como necesarias y legítimas, evitando así que la atención entre lo individual y lo colectivo se traduzca en protestas, desacato de las normas, impugnación de las medidas de contención ante las Cortes, etcétera. También requiere especial

cuidado para evitar restringir de manera desproporcionada, innecesaria o injustificada, los derechos y las libertades individuales con el consecuente riesgo de violar los derechos humanos consignados en nuestras constituciones y acuerdos internacionales y generar agitación social.

Tercero, durante las epidemias y emergencias sanitarias tienden a exacerbarse las inequidades en salud. Las poblaciones vulnerables tienen mayor incidencia de enfermedades bacterianas y virales, y mayores comorbilidades debido a que tienen menor acceso a los servicios de salud y a otros determinantes sociales de salud. Entonces ya aquí hay unas inequidades. Las medidas de contención como el confinamiento en casa afectan desproporcionalmente a las poblaciones que no cuentan con esquemas de protección social y que deben salir a trabajar y generar ingreso, y requiere esfuerzos explícitos para evitar que las reglas de asignación de recursos y las medidas de contención no amplíen estas brechas lo cual requiere tener en cuenta no solo el beneficio colectivo sino la equidad. En la nota 3 se verán algunos ejemplos de cómo se promueve la equidad y digamos todas las notas trabajan esto en mayor detalle.

Cuarto. En situaciones de epidemia y pandemias, las decisiones se toman en contextos de urgencia, demandan rapidez, aun cuando no hay evidencia sólida para tomar las decisiones. Cuando se toman decisiones en estas condiciones existe el riesgo de adoptar como una visión de túnel donde los efectos indirectos de la pandemia y de las medidas usadas para contenerla son relegadas a un segundo plano. Estos efectos secundarios pueden ser importantes y significativos y hay que incluirlos de manera explícita en la toma de decisiones.

Adicionalmente, dada la escasez de evidencia y la incertidumbre sobre los impactos de las medidas, pues es necesario recurrir al juicio experto. No siempre tenemos la mejor evidencia y no podemos decir: "No", o sea, las decisiones hay que tomarlas de todas maneras. Entonces tenemos que recurrir a otro tipo de evidencia, en este caso, el juicio experto; consultar las preferencias sociales para mejorar la aceptación de las intervenciones; y, adicionalmente, dado que con frecuencia es necesario cambiar el curso de acción a medida que aparece nueva evidencia, conviene evitar tomar medidas irreversibles con altos costos cuando la incertidumbre es muy alta.

Finalmente, en situaciones de epidemia o de pandemia, el crecimiento de los casos y muertes tienen un comportamiento exponencial. Esto implica que el momento en el que se toman las decisiones es

muy importante y se deben tener en cuenta los escenarios proyectados de la epidemia. Tomar una medida temprano en la pandemia tiene resultados diferentes a tomarla a una semana o, incluso, unos días después. Por ejemplo, los análisis realizados hasta ahora muestran que los países que impusieron medidas de confinamiento después de tener más de 100 casos, incluyendo los no diagnosticados, no lograron contener la epidemia. Es decir, la medida no fue costo-efectiva en términos de contención. Este es el caso de la mayoría de países de Latinoamérica. Las estimaciones indican que cuando los países impusieron las medidas y, a pesar de que no se había diagnosticado el primer caso, ya habían más de 100 casos no diagnosticados. Es decir, las medidas se deben tomar mirando hacia el futuro, no para las condiciones corrientes. Eso es muy importante.

**Úrsula Gideon:** Mil gracias, muy claro, muy sintético. Creo que tocaría revisar bien tu nota técnica, aprovecho para invitar a todos a que la bajen porque hay tanta información valiosa que creo que vale la pena que meditemos sobre todo lo que nos dice Catalina. Ahora le paso la palabra a mi colega Marcela para la siguiente pregunta.

**Minuto [00:35:55] Marcela:** Muchas gracias, Úrsula y gracias, Catalina, por la excelente presentación que has hecho. En la nota 1 y también en la presentación, hablas de utilizar los principios para asignar los recursos. La pregunta es: ¿Por qué usar principios por qué no solo usar costo-efectividad y asignar los recursos a las intervenciones más efectivas o costo-efectivas?

**Minuto [00:36:23] Catalina:** Si, es muy importante esa pregunta, muchas gracias. En emergencias de salud pública hay que tomar decisiones difíciles en contextos sensibles que requieren rapidez y agilidad. Para asegurar en la medida de lo posible el apoyo de la población, legitimidad y aceptación de las medidas tomadas, es importante que las razones que justifican las decisiones se consideren válidas y sean defendibles, que fue lo que mencioné anteriormente. Hay decisiones de asignaciones que no necesariamente son las más costo-efectivas, pero que son defendibles y se consideran justas por otras razones, por ejemplo, no es claro que ampliar la capacidad de ventilación mecánica es más efectivo en términos de vidas salvadas que desplegar una campaña masiva de pruebas y rastreos, en general no lo es; sin embargo, los países han privilegiado estas intervenciones reflejando la fuerte aversión de las sociedades a no poder prestar atención urgente a quien lo necesita.



De igual forma, utilizar costo-efectividad para asignar unidades de cuidado intensivo, por ejemplo, deja en desventaja a poblaciones pobres o vulnerables que tienen un mayor número de comorbilidades y, por lo tanto, menor probabilidad de sobrevivencia y esto pues por razones de inequidades históricas. Entonces asignarlo solo con costo-efectividad utilizando el criterio de sobrevivencia pues discrimina o pone en desventaja a estas poblaciones y esto es tanto más inequitativo si se tiene en cuenta que estas poblaciones registran las mayores incidencias de COVID-19.

En la asignación de Unidades de Cuidado Intensivo es importante pensar en la equidad para no ahondar en esas inequidades existentes.

**Marcela:** Muchas gracias, creo que estos ejemplos que mencionaste ilustran muy bien la importancia de también contar con estos principios. Úrsula, puedes seguir con la próxima pregunta.

**Minuto [00:38:10] Úrsula:** Si, Cata, yo que soy un fan de la costo-efectividad, acá va otra pregunta sobre esto. Tu nos diste unos números mostrando que las vacunas son hiper costo-efectivas en la mayoría de los países, por lo menos los de nuestra región. Si eso es así, entonces ¿Por qué no le apostamos todas las fichas a las vacunas?

**Minuto [00:38:37] Catalina:** Las vacunas definitivamente son la intervención más costo-efectiva para evitar muerte y los costos económicos y sociales del COVID. Los países si deben hacer el mayor esfuerzo posible para adquirir y distribuir vacunas y priorizar esa intervención; sin embargo, la vacunación toma tiempo y hay escasez mundial de vacunas, luego no es posible vacunar a toda la población en corto tiempo, va a tomar mucho más tiempo. Mientras se logra vacunar a toda la población pues es necesario mantener medidas farmacológicas y no-farmacológicas para la atención.

**Minuto [00:39:27] Úrsula:** Gracias Catalina, me parece fascinante que tus respuestas nos muestran todo lo que siempre se ha hecho sobre priorización explícita y cómo aplica en contexto de pandemia, en el tema de los criterios más allá de costo-efectividad y ahora el tema de que algo bien puede ser costo-efectivo, pero si no hay la oferta para dar respuesta pues obviamente no puede ser el criterio. Gracias, paso la siguiente pregunta a Marcela.

**Minuto [00:40:01] Marcela:** Muchas gracias. Catalina, hablabas en la presentación de las

intervenciones terapéuticas y también no-terapéuticas. La pregunta es: ¿Cómo el gobierno puede decidir si invertir más en una o en otra? Es decir, en intervenciones terapéuticas o en intervenciones no terapéuticas.

**Minuto [00:40:20] Catalina:** Depende del momento de la pandemia y la efectividad de las intervenciones no terapéuticas. Si las estrategias no terapéuticas son efectivas, pues no será necesario invertir tanto en infraestructura para la atención del COVID-19. Si a pesar de las intervenciones realizadas, las no terapéuticas no están siendo efectivas, por ejemplo, porque la ciudadanía no mantiene el distanciamiento o no comparte los contactos a los rastreadores, pues es inevitable tener que invertir más en ventiladores y oxígeno. Lo que quiero decir con esto es que no es posible decir que hay una regla que aplica a todos los países, es contextual. Aun así, las inversiones en capacidad hospitalaria y de atención, en particular cuidados intensivos, está limitada por la disponibilidad de personal calificado para atender los casos más severos, luego hay límites a la capacidad de expansión. Una vez se alcanzan estos límites, todos los recursos adicionales deben invertirse en intervenciones no terapéuticas fortaleciendo en particular las estrategias de comunicación de riesgo, ojalá utilizando estrategias que analizan o influencia el comportamiento de las personas, focalizando grupos de tal forma que el mensaje es específico a los grupos y llega transmitido mediante influenciadores sociales y líderes comunitarios pues porque una vez se llega al límite de la capacidad pues ahí no hay más recursos que asignar y lo que hay que hacer es básicamente meterle todo lo posible a incrementar la efectividad de las estrategias no terapéuticas. Digamos, la publicidad le vende a uno cosas que no necesita, entonces yo estoy segura que estrategias bien diseñadas y focalizadas en grupos poblacionales para llevar mensajes muy específicos, pueden ser efectivas para mejorar la efectividad de las intervenciones no terapéuticas.

**Marcela:** Muchas gracias, super clara la respuesta. Gracias. Úrsula, te paso la palabra.

**Minuto [00:42:30] Úrsula:** Vamos con otra pregunta sobre estos límites de la oferta. Hay un debate en muchos países ahora sobre las pruebas PCR donde muchas veces existe uno o muy pocos laboratorios que pueden hacer esas pruebas, entonces toca centralizarlas y eso es muy costoso, se pierde tiempo valioso en que llegue la respuesta; pero por el otro lado si uno dice: "No, bueno, fortalezcó la capacidad en los laboratorios regionales", muchas veces es un tema también de recurso

humano que falta. ¿Qué hay que hacer? ¿Qué sería costo-efectivo hacer en estos casos?

**Minuto [00:43:16] Catalina:** Las pruebas rápidas de antígenos pueden jugar un papel importante en la optimización de la respuesta y yo creo que en particular en los países de América Latina y el Caribe no han sido desplegadas con la fuerza que podrían tener.

Estas pruebas de diagnóstico arrojan una respuesta en minutos y son muy económicas. Valen entre US\$1 y US\$5. Su tasa de falsos negativos si es más alta, particularmente de las primeras pruebas de antígenos, pero todos los estudios muestran que esta desventaja es más que compensada por la rapidez en la respuesta y la ampliación en la capacidad de diagnóstico. Más aún, las nuevas pruebas de antígenos tienen mayor precisión, casi tanto como las de PCR, pues no es lo mismo, pero casi tanto; la clave es encontrar mecanismos de compra ágiles, ya sean fondos estratégicos o compra directa.

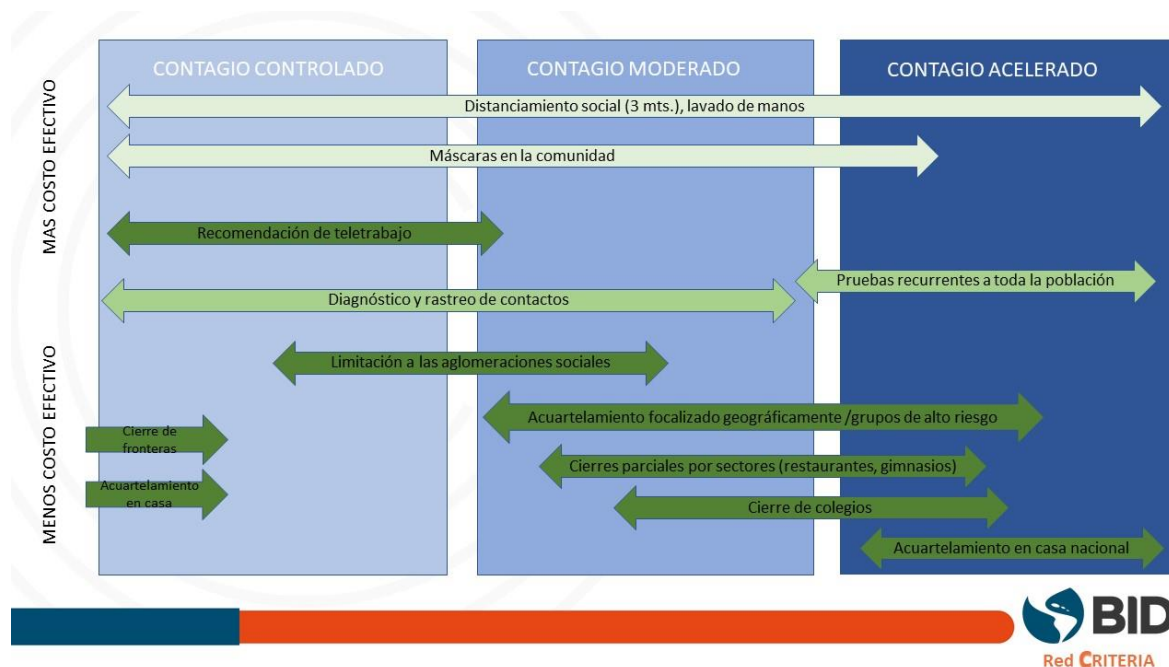
Adicionalmente otra posible estrategia es reserva las pruebas de PCR para grupos de mayor prioridad clínica y usar pruebas de antígenos para los demás grupos.

En casos de escasez severa, las pruebas de cualquier tipo -antígena, PCR- la estrategia más efectiva es aislar todos los casos sintomáticos y todos sus contactos sintomáticos y asintomáticos sin la realización de la prueba, reservando la escasa capacidad diagnóstica para el ámbito hospitalario o población de alto riesgo. Estas estrategias han sido adoptadas de manera exitosa por algunos países: Alemania y Liberia al inicio de la pandemia lo hicieron. En Colombia, para hacer frente a las demoras en la entrega de resultado, los contactos en el hogar entran en cuarentena de manera automática mientras se tiene el resultado de la prueba. Entonces estas serían algunas formas de hacer frente a estas limitaciones en las pruebas PCR y de laboratorio.

**Minuto [00:45:07] Úrsula Gideon:** Muchas gracias Cata, muy buena respuesta. Me hiciste reír con lo de Alemania porque estoy en Alemania y hoy por la mañana coincidentalmente en el supermercado vendían pruebas antígenos por 80 centavos de un euro, entonces ya se ha vuelto casi que un producto de masa.

Bueno, cedo la palabra a Marcela para la siguiente pregunta.

**Minuto [00:45:33] Marcela:** Mencionas que la prioridad que se da a una u otra intervención no terapéutica depende del momento de la pandemia. ¿Podrías contarnos un poquito más sobre eso?



## Minuto [00:45:46] Costo-efectividad versus etapa de contagio

Catalina: Si, entonces Katherine tengo unas diapositivas adicionales al final que me pueden ayudar a responder esta pregunta. Esta figura que aparece ahí muestra 3 tipos de intervenciones diferenciando por colores y 3 etapas en la pandemia según la tasa de contagio. Se construyó a partir de una revisión de la literatura sobre costo-efectividad de trabajos publicados durante el año pasado.

En verde claro están las medidas de protección como lavado de manos, distanciamiento social de 3 metros o más y el uso obligatorio y la provisión de máscaras. Estas medidas son altamente efectivas en la etapa de contagio controlado o moderado y son de bajo costo. Esto es excluyendo el costo del distanciamiento de 3 metros que puede tener impactos en la economía, pero en general son de bajo costo y son efectivas durante contagio controlado-moderado. Pero durante el contagio acelerado, el uso de máscaras es indispensable y costo-efectivo para trabajadores esenciales en sus familias, para la población institucionalizada y si hay escasez de máscaras se debe priorizar en estos grupos poblacionales, además obviamente de los trabajadores de salud. El resto de la población debería estar confinada a sus hogares y el uso de máscaras se puede limitar a las salidas para actividades esenciales

o en casos de contagio de un miembro del hogar, pero pues la priorización debe ser para los grupos que están en alto riesgo de contagio.

En verde, en tono medio, están las pruebas diagnósticas hacia el rastreo de contacto. Las pruebas diagnósticas a todas las personas sintomáticas entran en el ámbito de las medidas de atención, entonces nuevamente estoy hablando de pruebas para detección de casos con síntomas leves, presintomáticos o asintomáticos. El rastreo de contactos y las pruebas son de mayor costo, pero si son exitosos, es decir, con alta tasa de rastreo y logran aislar los contactos, son medidas muy costo-efectivas por la alta efectividad para controlar la transmisión y porque permiten relajar las medidas de confinamiento que son muy costosas en términos económicos y sociales. Cuando hay contagio comunitario acelerado, como lo mencioné, las estrategias de rastreo ya no son efectivas. Cuando la capacidad de rastreo se desborda, la evidencia sugiere que es más costo-efectiva la realización de pruebas aleatorias a toda la población, preferiblemente mediante pruebas de antígenos y aislar de manera automática todos los contagios del hogar.

En verde oscuro están las medidas de confinamiento que pueden ser de carácter nacional, geográfica o por sectores. Entre más amplio es el confinamiento, por ejemplo, el nacional es mucho más costoso, por lo tanto, menos costo-efectivo. Entonces pues lo que se muestra ahí en la gráfica es cómo se deben utilizar estas estrategias de confinamiento o de aislamiento social que abarcan mayores grupos poblacionales, solamente en los casos de contagio acelerado.

No es muy claro, por ejemplo, que los confinamientos a nivel nacional sean costo-efectivos en momentos de contagio moderado y menos no acelerado.

**Marcela:** Muchas gracias, creo que también la figura ilustra super bien los momentos más adecuados para una u otra intervención. Voy a pasar la palabra a Úrsula para un último comentario y de ahí ya vamos a pasar a la sección de preguntas y respuestas. Muchas gracias.

**Minuto [00:49:28] Úrsula Gideon:** Si, en realidad la última pregunta iba a ser: ¿Cómo manejar la priorización explícita de todo lo que no tiene que ver con COVID en tiempos de COVID? Pero, es una pregunta demasiado importante para que la abordemos en poco tiempo porque se acabó la hora, entonces queremos invitarlos al próximo Webinar en un mes que va a tener tres expertos que

hablan de eso y también invitarlos a leer la nota técnica de Catalina sobre este tema. Vamos a ir de una vez a la sección de preguntas y respuestas, Marcela.

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS:**

**Minuto [00:50:14] Marcela:** Muchas gracias. Tenemos aquí varias preguntas llegando super interesantes todas. Voy a pasar la palabra, veo que Nelcy tiene una pregunta muy interesante sobre el tema de la informalidad y el aislamiento de los casos. Le voy a pasar la palabra, no sé si tu podrías tu misma hacer la pregunta a Catalina.

**Minuto [00:50:34] Nelcy:** Buenos días a todos ¿Cómo están mis amigas queridas todas? Catalina, es un drama en economías de alta informalidad como las Latinoamericanas, la pandemia tan larga genera un desgaste de todas estas medidas de protección individual ¿Qué hacer? En estos casos la gente tiene que salir al rebusque, el aislamiento ni confinamiento total ni individual parece tener mucha respuesta en la población. Uno debería entonces compensarlo con medidas de otro estilo, en otros servicios, servicios sociales, otras cosas, pero eso también es muy costoso para estas economías que además tenemos problemas económicos ¿Qué recomendaciones de política podríamos plantear?

**Minuto [00:51:51] Catalina:** Si, la pregunta es excelente, y básicamente pues sí, estamos en una escases de recursos total y por eso es muy importante pensar cómo los asignamos. El tema del desgaste de las medidas es interesante. Yo he tenido la oportunidad de entrevistar a varios gobiernos o digamos equipos en diferentes países que están dirigiendo la respuesta del COVID, y el desgaste no es solo en la población, el desgaste también es en estos equipos. Yo creo que tenemos que reencauchar nuevamente las medidas. Yo creo que, en estos casos, lo más importante es recuperar mediante campañas de comunicación de riesgo efectivas, entonces no estoy hablando del director de epidemiología dando la información, estoy hablando de campañas pensadas para vender el producto, para poder recuperar en la población el cuidado, en particular el distanciamiento de 3 metros es altamente efectivo y es muy difícil en nuestra región. Las máscaras las usan más, pero, por ejemplo, la idea de que las personas no se contagian de los familiares porque: "Los familiares también se cuidan". Ese tipo de concepciones equivocadas sobre la protección de riesgos tienen que ser abordadas en estos momentos de desgaste de manera muy agresiva, mediante campañas de

comunicación. Esa creo que es la única alternativa porque ya la mayoría de países tiene copada la capacidad hospitalaria. No se trata de: "Bueno, dejemos que esto crezca y sencillamente invertimos más en ventiladores", esa no es una opción.

**Minuto [00:53:36] Marcela:** Muchas gracias, Catalina por la respuesta. Voy a pasar la palabra ahora para Marco Cuadros que también tiene una pregunta muy interesante sobre el tema de comunicación que nosotros sabemos que es una de las intervenciones no farmacológicas pilares que se ha utilizado para la respuesta a la pandemia. Marco, adelante.

**Minuto [00:54:07] Marco Cuadros:** Buenos días. La pregunta es sobre la efectividad en las comunicaciones, en la comunicación social. Ha habido demasiada información falsa dentro de lo que es el tema de la pandemia: figuras públicas, periodistas, etcétera, que la han difundido. La pregunta es: ¿Qué se ha hecho o en el documento encontramos algunas medidas de costo-efectividad de estas comunicaciones? o ¿Cómo influyen ellas en la salud pública? Muchas gracias

**Minuto [00:55:03] Catalina:** El tema de la desinformación es un tema muy serio y yo creo que ningún país ha logrado de manera convincente y efectiva, abordar este fenómeno. Eso no quiere decir que no se debe hacer el intento, yo creo que las personas que son influenciadores como periodistas, actores, deportistas, etc., que transmiten información falsa deben ser puestos en evidencia de manera pública y hacerseles el reclamo del impacto que están teniendo, demostrando específicamente que no hay evidencia de la información que están transmitiendo.

El tema de la desinformación también hay que abordarlo de manera explícita, es decir, asígnele unos recursos al tema de la desinformación y, aunque no es mi expertise, yo creo que las campañas que son focalizadas: yo llego al grupo de taxistas, yo llego a este barrio, yo llego a los miembros de esta comunidad con mensajes muy específicos y combatiendo la desinformación, tienen posibilidad de hacer algo; en particular si yo recluto y hago participes a líderes sociales de esas comunidades o esos grupos -porque a veces es más importante el mensajero que el mensaje-, y yo creo que cuando nada más está funcionando por temas de desinformación, cuando hay desgaste de las medidas, pues nuevamente la priorización debe hacerse es en recuperar la confianza y desactivar la desinformación.

**Minuto [00:57:01] Marcela:** Muchas gracias, Catalina. Yo creo que ahora tenemos tiempo para una pregunta más porque ya vamos aproximándonos al cierre de la sesión. Voy a pasar la palabra a Virgilio que tiene una pregunta en la que se discuten derechos individuales versus colectivos. Virgilio, adelante por favor.

**Minuto [00:57:20] Virgilio:** Muchísimas gracias. Habiendo tantos esquemas de vacunación en el mundo, obligatorios, el de Argentina, que es uno de los más grandes y que nunca hubo problema con nada, la verdad muy poquitos problemas, no alcanzo a entender, si me pueden explicar, por qué la vacuna del COVID teniendo una efectividad tan enorme, no entiendo cómo no es obligatoria porque salva muchas vidas. No es que ya pasó mucho tiempo, un año y medio y la verdad que demostró no tener gravísimas complicaciones. Y todo lo que ustedes se imaginen, muchas gracias por la oportunidad de preguntar, muchas gracias.

**Minuto [00:58:15] Catalina:** Virgilio, muchas gracias por la pregunta, es muy importante. Obligatoriedad de la vacuna. Yo diría 2 cosas aquí, primero, no hay una solución que sea correcta para todos los países. Hay países en donde las libertades individuales pueden ser restringidas más fácilmente frente a los beneficios colectivos, como es el caso de algunos países asiáticos, y las personas están acostumbradas a hacerle caso a las reglas en beneficio de la colectividad. En esos países se puede pensar en poner la vacuna de manera obligatoria. En países en donde ese no es el caso y en donde la cultura privilegia la libertad individual, poner las vacunas de manera obligatoria puede ser contraproducente. Hay alternativas, las alternativas nuevamente tienen que ver con comunicación de riesgo, con utilizar economía del comportamiento para llevar estas estrategias de vacunación.

Además, teniendo en cuenta a que el gobierno no puede obligar a las personas a vacunarse en estas condiciones porque es contraproducente, va a haber un salto enorme de las personas que están en contra de la vacunación, de los grupos antivacunación que además tienen una capacidad de enviar su mensaje por las redes sociales de forma muy poderosa entonces puede ser contraproducente. En estos casos es mejor permitirles a los grupos privados: empresas, universidades, colegios, que digamos son personas privadas y pueden hacer lo que quieran con sus exigencias, hacer la vacunación obligatoria, entonces una universidad privada puede decir: "No se pueden matricular los estudiantes ni los profesores si no se vacunan", una empresa puede decir: "Para continuar trabajando en esta empresa



usted tiene que ponerse la vacuna". Eso es más factible y menos contraproducente que una orden de vacunación obligatoria en países en donde no es aceptable, donde se privilegia la libertad individual sobre el bienestar colectivo.

**Úrsula Gideon:** Gracias Catalina. Ya vamos cerrando, interesante tu respuesta. Acá en Europa los invito a seguir el caso como los países que empiezan a exigir la vacuna para casi todas las actividades en varios países. Si tienen interés en eso, échenle un vistazo.

También los invitamos al MOOC sobre priorización que tiene inclusive un módulo sobre COVID y priorización.

Decirles que el 23 de agosto vamos a tener el segundo Webinar en esta serie que es en la intersección entre priorización explícita y COVID y este va a ser sobre la protección de los servicios esenciales en el contexto del COVID-19 como bien saben ustedes es un tema hiper importante que ha sucedido mucho en la mayoría de países.



# CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority  
Setting and Health Benefits Plans



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