

# **TRANSCRIPCIÓN DE WEBINAR:**

## **PRIORIZACIÓN EXPLÍCITA EN SALUD: ANÁLISIS DE DECISIÓN MULTI- CRITERIO**

*Presentado por Manuel Espinoza S. y Pamela Góngora  
Salazar*

**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© 2022 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.



# **PRIORIZACIÓN EXPLÍCITA EN SALUD: ANÁLISIS DE DECISIÓN MULTI-CRITERIO**

**Mayo 2022**

**Presentado por Manuel Espinoza S. y Pamela Góngora Salazar**

**ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)**

# INTRODUCCIÓN:

## Minuto 00:02:29: Hugo Godoy

Buenos días a todos y todas, gracias por acompañarnos el día de hoy. Nos complace mucho ver a tantos de ustedes en este cuarto webinar de la Red Critería en lo que va del año. Yo soy Hugo Godoy, especialista líder de la División de Protección Social y Salud en Honduras. Es un gusto para mí acompañar la sesión del día de hoy, más aún dado que desde Honduras hemos recibido el apoyo del equipo de la Red Critería del BID para elaborar y ahora implementar un plan explícito de beneficios en salud.

El webinar de hoy se desarrollará en el contexto de nuestra visión 2025: "Reinvertir en las Américas". A través de esta visión del BID buscamos apoyar a los países de la región a superar el contexto de crisis sanitaria, económica y social. Dentro del debate sobre cómo retomar la nueva normalidad y conjugar la necesidad de recuperación y sostenibilidad de los sistemas sanitarios postpandemia, con las necesidades de los ciudadanos y los compromisos hacia la cobertura universal en salud, la Red Critería juega un papel muy relevante ya que en el centro de su trabajo está la promoción de conocimiento y estrategias para que los países puedan escoger, con base en métodos sólidos y procesos que respeten la buena gobernanza, aquellas intervenciones que aporten el mayor valor posible para la salud de nuestras poblaciones y así expandir el acceso a los servicios en salud de manera sostenible.

Hoy presentaremos justamente uno de estos métodos de priorización: el análisis de decisión multicriterio, MCDA por sus siglas en inglés, que permite incorporar diferentes valores sociales y que además se basa fundamentalmente en una participación amplia de los actores relevantes. Sin más, doy la palabra a Úrsula Gideon para iniciar la sesión de hoy.

Muchas gracias.

## Minuto 00:04:28: Úrsula Gideon

Hola a todos de nuevo. Bienvenidos nuevamente. Gracias, Hugo, por tus palabras introductorias, es un gusto tenerte aquí hoy en nuestro webinar de la Red Critería. Gracias también por mencionar el tema del apoyo de Critería en Honduras donde hemos apoyado un proceso de diseño del Plan de Beneficios y, ahora posiblemente, vamos a pasar a lo mejor a la fase de implementaciones. Es justo este tipo de trabajos los que nos emociona muchísimo apoyar desde la Red Critería, donde no solo queremos contribuir a la diseminación de conocimiento como tal, sino tenemos la ambición de realmente contribuir al debate en el terreno. Entonces gracias, Hugo.

Como todos sabemos, y ya a veces nos suena a disco rayado, hay una brecha grande entre los recursos

que existen y lo que quisiéramos financiar y, por lo tanto, es clave tomar decisiones informadas y de manera estratégica acerca de qué servicios realmente se quieren garantizar con costo-efectividad para la población. En ese contexto, el tema de la priorización explícita, que es como muchos de ustedes saben, uno de los temas madre de la Red, el tema del método de MCDA, por sus siglas en inglés, o análisis de criterio múltiple, es uno de los métodos que se está usando para priorización explícita en la región, entiendo cada vez más, y vamos a hablar de este método hoy. Como veremos, este método no pretende reemplazar el análisis de costo-efectividad o costo-efectividad extendida, sino, más bien, puede ser un complemento muy interesante.

Hoy tenemos dos expertos y colaboradores de la casa, son antiguos colaboradores de la Red Critería desde hace muchos años y muchos de ustedes ya los conocen: Manuel y Pamela, gracias por estar acá, voy a presentarlos brevemente. Manuel es actualmente docente del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Chile y además es Honorary Visiting Fellow del Centro de Economía de la Salud de la Universidad de York. Seguro los que estamos en ese tema sabemos que él ha publicado extensamente como académico sobre estos temas de priorización explícita y una cosa que es bien interesante es que Manuel no solo ha tenido una carrera destacada a nivel académico, sino que le apasiona, entiendo también, aplicar sus conocimientos en la vida real.

Entonces Manuel nos familiarizará con dos aspectos básicos del MCDA y luego Pamela, que ha sido parte de nuestra Red, muchos de ustedes la conocen, nos va a hablar un poco de qué dice la literatura sobre este método, presentando experiencias de la región y más allá de ella.

Pamela ha sido parte de Critería en el pasado y es experta en implementación de procesos de priorización explícita y diseño de planes de beneficios. Actualmente es candidata a doctorado en Economía de la Salud de la Universidad de Oxford y entiendo que justamente su doctorado tiene muchísimo que ver con el MCDA así que vamos a tener inputs de la frontera del conocimiento en este tema de MCDA de parte de Pamela.

Vamos a tener primero dos presentaciones cortas, va a comenzar Manuel, luego va a hablar Pamela, y enseguida tendremos un pequeño panel con tres o cuatro preguntas según lo que permita el tiempo, donde vamos a hacerles algunas preguntas difíciles a Manuel y Pamela sobre el uso del MCDA.

Una vez más bienvenidos todos a esta sesión. Muchas gracias, de verdad, Manuel y Pamela por todo su tiempo preparando esta sesión, es un honor tenerlos aquí con nosotros.

Manuel, adelante, the floor is yours.

# PRESENTACIÓN:



**WEBINAR**

## Priorización explícita en salud

### Análisis de decisión multi-criterio

**Martes**  
17 de mayo de 2022

**11:00 A.M. (EDT)**  
**Washington. D.C.**

**PRESENTADORES**



**Dr. Manuel Espinoza S.**  
Jefe de la Unidad de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro de Investigación Clínica de la Universidad Católica de Chile



**Pamela Góngora Salazar**  
Experta en priorización en salud y estudiante de doctorado en Economía de la Salud en la Universidad de Oxford



## Minuto 00:09:52 - Manuel Espinoza

Muchas gracias, Úrsula. Muchas gracias a los colegas de Critería por la oportunidad que nos dan de compartir unos minutos. Pamela me va a ayudar pasando las diapositivas y después ella va a continuar con la segunda parte de la charla. Muy bien, empecemos.

# Métodos para informar priorización explícita



WHO-CHOICE:  
Generalized Cost-effectiveness Analysis



DECIDE  
GRADE



[www.uc.cl](http://www.uc.cl)

## Métodos para informar priorización explícita Minuto 00:10:10

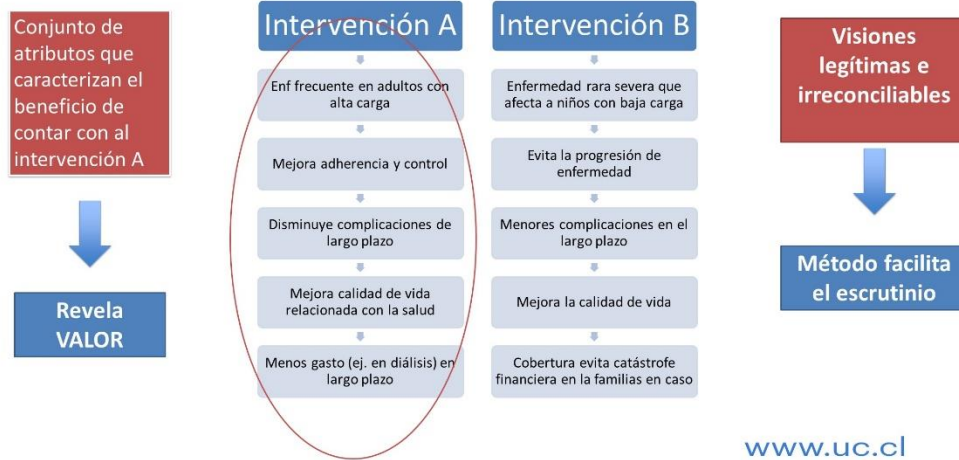
Lo primero que hay que decir antes de entrar a MCDA es que cuando hablamos de priorización, los analistas en general que trabajan en este tema tienen en su mente un conjunto de metodologías. Entonces algunas podrían considerarse metodologías que son excluyentes, pero yo diría que en su mayoría desde su conceptualización son muchas de ellas alternativas más bien complementarias.

En la dispositiva ustedes encuentran, en el centro puse Cost-Effectiveness Analysis, una cosa que está muy en nuestra mente, particularmente de los economistas de la salud, con sus variantes como el proyecto de Who-Choice de Generalized Cost-effectiveness Analysis; está Extended Cost-Effectiveness Analysis; Distributional Cost-Effectiveness Analysis, que en este libro más reciente de Richard Cookson y Susan Griffin y colegas, han tratado de conciliar estos dos marcos conceptuales, pero en definitiva estamos hablando de un marco muy desde la perspectiva de incluir las consideraciones de costo de oportunidad en la asignación de recursos.

Más recientemente han ido entrando en los temas de salud estas otras dos aproximaciones más de multicriterios, el propio análisis de decisiones multicriterios que es lo que vamos a hablar hoy día y la colaboración Grade también ha ido avanzando con sus Evidence to Decision Frameworks que son también una aproximación multicriterio que tienen algunas similitudes con el marco de MCDA, pero claro no nos da el tiempo para sus comparaciones.

Así que lo que hoy día vamos a hacer es que vamos a hablar sobre MCDA, sobre análisis de decisiones multicriterio.

## ¿Por qué MCDA? ¿Cuál intervención va primero?



## ¿Por qué MCDA? Minuto 00:11:47

¿Por qué MCDA? Es la primera pregunta que nos hacemos. Y para esto quisiera proponerles este pequeño ejemplo. ¿Cuál intervención de estas dos que estoy proyectando va primero? ¿Cuál debiera ser prioritaria? Digamos que tenemos una intervención A para una enfermedad frecuente en adultos con alta carga de enfermedad que mejora la adherencia y el control de esta enfermedad, que disminuye las complicaciones en el largo plazo, que además mejora la calidad de vida relacionada con la salud y que eventualmente genera menos gastos en el largo plazo. Si ustedes piensan en diabetes mellitus 2, por ejemplo, que es una enfermedad que ajusta con estas características, uno podría decir: "Tratamos, manejamos mejor a los pacientes y vamos a gastar menos en diálisis", por ejemplo, una de las complicaciones más caras de este problema. Por otro lado, tenemos intervención B, que es otra intervención rara severa que afecta niños, es una enfermedad que está asociada a baja carga por la baja frecuencia, pero esta intervención evita la progresión de enfermedad, menores complicaciones en el largo plazo mejorando la calidad de vida de los pacientes y, si es que contamos con cobertura, entonces evitamos catástrofes financieras en las familias.

El punto está en que cuando uno está haciendo este ejercicio cognitivamente, lo que estoy expresando es un conjunto de atributos que caracterizan el beneficio global que está compuesto por estos múltiples atributos como la frecuencia, la carga de enfermedad, el tema de la adherencia y el control, etcétera, la posibilidad que tiene de prevenir complicaciones a largo plazo.

Entonces a la izquierda, cuando hablo de que esto es un conjunto de atributos que caracterizan el beneficio, lo que estamos realmente diciendo es que estos atributos permiten revelar valor de una



intervención A versus una intervención B. Ese es el objetivo del MCDA, es hacer una caracterización de valor sobre ciertos atributos de beneficio.

Ahora bien, el otro tema es que cuando vamos a tomar la decisión, nos encontramos con que algunos elegirán A otros elegirán B y estas visiones son legítimas, pero a menudo pueden ser irreconciliables. El tema en un escenario como este es que el método por el cual uno llegue a la decisión facilita el escrutinio público y otorga mayores grados de legitimidad.

## ¿Por qué MCDA?

- ✓ Aproximación Socio-Técnica que informa y facilita decisiones de priorización basadas en valor

### Social

Deliberación  
Participación de múltiples actores  
Talleres de trabajo

### Técnica

Herramientas a la toma de decisiones  
Técnicas matemáticas  
Sistematización del proceso

[www.uc.cl](http://www.uc.cl)

## ¿Por qué MCDA? Es una aproximación Socio-Técnica

**Minuto 00:14:18**

¿Por qué MCDA? Porque se nos propone como una aproximación sociotécnica que informa y facilita decisiones de priorización basadas en valor. Es social porque incluye elementos de deliberación invitando a la participación de múltiples actores, haciendo talleres de trabajo y, al mismo tiempo, es técnica porque utiliza herramientas para la toma de decisiones, involucra técnicas matemáticas y sistematiza el proceso.

# Etapas



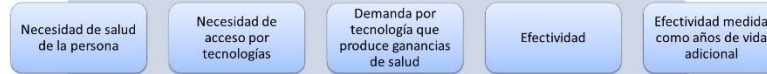
## Las etapas de MCDA

**Minuto 00:14:46**

Estas son, en una síntesis muy rápida, las etapas del MCDA: identificación y selección, medición de desempeño, generación de un esquema de puntaje que lo que hace es traducir las mediciones a un sistema métrico común, obtención de ponderadores y agregación. Voy a ir muy rápido por cada una de estas etapas.

## Identificación y selección de criterios

✓ ¿Cuáles atributos dan cuenta del valor de la tecnología, intervención o problema de salud que se quiere priorizar?



✓ Ser lo más completo posible  
✓ No redundar (evitar doble conteo)  
✓ Independencia de preferencias

cl

### Etapa de identificación

**Minuto 00:15:14**

La primera pregunta para abordar el tema de la identificación y selección de criterios es, primero, cuáles atributos dan cuenta del valor de una tecnología, intervención o, en el caso de priorizar problemas de salud, como ha ocurrido en algunas jurisdicciones de Latinoamérica, cuáles son los atributos que dan cuenta de la importancia relativa de ese problema de salud que se quiere priorizar.

Aquí los desafíos son bastante importantes porque cuando uno empieza a hacer estos ejercicios deliberativos y le empieza a preguntar a la gente: ¿Qué es importante para caracterizar este valor o este beneficio? Muchas veces empiezan, salen algunas ideas que hay que aclarar muy bien su definición o qué es lo que la persona valora porque termina siendo otra cosa.

Aquí les pongo un ejemplo que me ha ocurrido en la práctica: ¿Qué es importante para valorar una tecnología? Bueno, la necesidad de salud de la persona, pero la verdad es que es la necesidad de acceso por las tecnologías en el contexto de la generación de un sistema de priorización para tecnologías en salud; pero cuando uno empieza a indagar un poquito más se da cuenta que lo que importa es la demanda por las tecnologías que producen ganancias en salud y no las que no producen ganancias en salud. En otras palabras, a esa persona más que la necesidad de la salud, le importa la efectividad de la tecnología y eventualmente la efectividad de la tecnología medida como años de vida adicional. No digo que esto siempre sea el caso, pero es habitual que las personas empiezan a dar ideas de atributos de beneficios que terminan siendo otros conceptos.

Hay algunas propiedades que tienen que cumplirse como la idea de que seamos lo más completos posibles en términos del conjunto de atributos que caracterizan valor, la idea de no redundar y evitar el doble conteo entre los atributos que vamos a elegir y la idea de que exista independencia de las preferencias entre uno y otro atributo, es decir, de que el desempeño de un atributo no genere cambios en la valoración de un segundo atributo.

Por lo tanto, aquí hay desafíos, por cierto.

## Medición de Desempeño

CRITERIO/CATEGORÍA	DEFINICIÓN DE CATEGORÍA
<b>Prevalencia</b>	
-Muy Alta	> 5%
-Alta	1-5%
-Baja	1x1000-1%
-Muy Baja	<1 x 1000
<b>QALY adicionales</b>	
-Alto	>0,6
-Medio	0,3-0,6
-Bajo	< ó = 0,3
<b>Severidad</b>	
-Muy Severo	<1 año
-Severidad media	1 año-5 años
-Poco severo	>5 años
<b>Carga de Enfermedad</b>	
-Alta	Enfermedad dentro de las que explican el 70% de la carga de enfermedad del país
-Baja	Enfermedad dentro de las que no explican el 70% de la carga de enfermedad del país
<b>Seguridad</b>	
-Alta	Eventos adversos serios <1 en 1000
-Media	Eventos adversos serios entre 0,1% – 1%
-Baja	Eventos adversos serios >1%

## Etapa de medición de desempeño

### Minuto 00:17:23

Ahí viene esta segunda o tercera etapa de medición de desempeño y les pongo un pequeño ejemplo: Asumamos que tenemos aquí cinco criterios, el de prevalencia, el de efectividad medido como años de vida ajustados por calidad o QALY adicionales, el de severidad, el de carga de enfermedad y el de seguridad. Lo que uno tiene que hacer en esta etapa es, primero, establecer algunos niveles para medir cada una de ellas, por ejemplo, la prevalencia aquí se establece en cuatro niveles, podría ser una escala continua, podría ser una escala categórica como esta de cuatro niveles y al mismo tiempo establecer una definición para cada uno de los niveles en términos de alguna métrica que le es coherente a cada uno de los atributos.

Luego de que uno tiene esta definición, uno va a la literatura para evaluar cómo sus tecnologías de interés o sus problemas de salud de interés, se desempeñan en términos de cada uno de estos atributos. Por ejemplo, si estamos hablando de problemas de salud, algunos de esos problemas tendrán prevalencia muy alta, más del 5% de la población afectada, y las tecnologías para ese problema de salud tendrán alta efectividad, o sea, generarán ganancias de QALY adicionales de más de 0.6, etcétera, etcétera. Esa es la idea de medir el desempeño en cada una de las tecnologías o problemas que estamos priorizando.

# Puntajes

- ✓ Variados métodos
  - Método directo
  - Escalas ordinales
  - Método bi-seccional
  - Escalas intervalares

- ✓ Ej. Método Directo
  - Ordenar las alternativas
  - Dar 100 puntos a la mejor alternativa
  - Otorgar puntajes entre 0 y 100 a las siguientes alternativas

Severidad	Puntaje
Muy severo	100
Severo	?
Baja severidad	?
Muy baja severidad	0

[www.uc.cl](http://www.uc.cl)

## Etapa de Puntajes

### Minuto 00:18:46

La etapa que viene a continuación es bastante desafiante porque nos obliga a tomar alguno de estos criterios y los niveles sobre los cuales estamos evaluando su desempeño. En el caso que les presento acá de severidad tenemos cuatro niveles que van entre muy severo y muy baja severidad, y el desafío es que tenemos que pasar la medición de severidad tal cual se las mostré en la diapositiva anterior, a un puntaje que vaya en general entre 0 y 100 y que nos permita ahora pasar a un sistema métrico común entre todos los atributos que estamos incluyendo en el ejercicio.

Para ello hay variados métodos: está el método directo, escalas ordinales, biseccional methods, escalas intervalares. No tenemos tiempo para entrar en cada uno de ellos, solo les pongo aquí el ejemplo del método directo que lo que uno hace básicamente es ordenar alternativas de muy severo, severo, baja severidad y muy baja severidad, le doy 100 puntos a la mejor alternativa y le otorgo 0 puntos a la de muy baja severidad, y luego el desafío es ver cuánto puntaje debieran tener las categorías intermedias. Si esto fuera lineal, bueno, sería 0, 33, 66 y 100, pero podrían no ser lineales, podría ser que el salto entre muy baja y baja severidad sea mayor que el salto entre severo y muy severo. Esos son desafíos metodológicos que, de nuevo, hay gente trabajando en esto para dar ciertas respuestas razonables y coherentes técnicamente.

## Obtención de ponderadores

- ✓ Múltiples métodos
- ✓ Ej. Método directo

Criterio 1 Prevalencia	Criterio 2 Severidad	Criterio 3 Efectividad	Criterio 4 Seguridad
5	4	5	2
31%	25%	31%	13%

[www.uc.cl](http://www.uc.cl)

### Etapa de Obtención de ponderadores

#### Minuto 00:20:18

Ya acercándonos hacia el final, la penúltima etapa es la obtención de ponderadores. Aquí también hay múltiples métodos y se los ilustro con uno de los métodos más simples: el método directo, no necesariamente el mejor, pero sirve para la explicación. Asumamos que tenemos aquí cuatro criterios: el de prevalencia, severidad, efectividad y seguridad y lo que queremos acá es tener alguna idea de cuál criterio vale más que otro en términos relativos; y puntualizo este ejercicio asumiendo que aquí, por ejemplo, el criterio de prevalencia vale en términos relativos similar al criterio de efectividad.

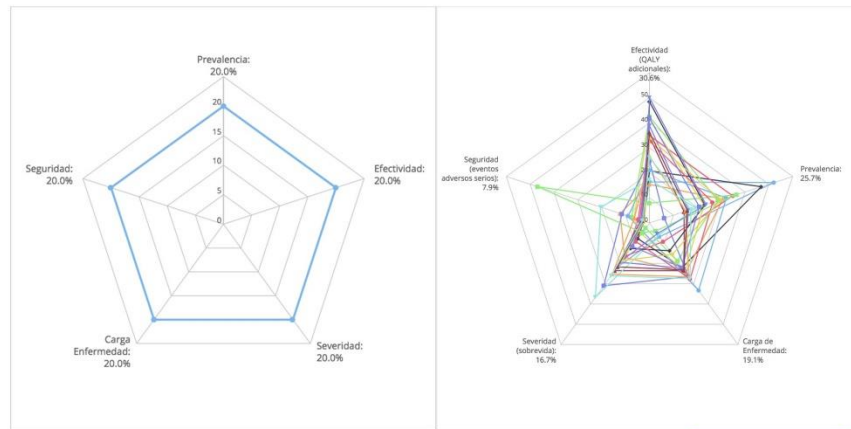
Para eso construimos una planilla Excel muy simple donde le decimos a las personas: "Mire, al criterio que a usted más le importa, póngale un número cinco y después así sucesivamente los otros". Ahora, puede ser que haya dos criterios que usted considere de igual importancia, es el caso de este ejemplo del criterio de prevalencia con el de efectividad, ambos tienen número cinco; luego, podríamos considerar que el de severidad viene a continuación con un cuatro, podría haber sido un tres, pero le pusimos un cuatro y al de seguridad finalmente dos. Esto, en una fórmula muy simple, nos permite establecer, normalizar los valores en una escala de 0 al 100% y nos da que el criterio de prevalencia y efectividad ambos valen 31% en circunstancias que el de severidad vale 25% y el de seguridad 13%. Esto da un ranking en términos de las preferencias de las personas respecto de cuál criterio vale más que otro.

Ahora este no es el único método, es un método que tiene ciertas limitaciones, nosotros ocupamos en la práctica otros métodos.



## Obtención de ponderadores

¿Cuánto vale un criterio respecto de los otros?



### El valor de un criterio respecto a los otros Minuto 00:22:05

Aquí les muestro un ejemplo de un método distinto de descomposición llamado Paprika que aplicamos a muchos stakeholders. Este es un ejercicio tomado de un workshop que hicimos con los colegas del Concejo de Salubridad General y el CENETEC en México, y cada uno respondió una serie de preguntas para llegar a una priorización de criterios. Si es que las personas consideraran que todos los criterios son iguales, entonces tendríamos esta imagen de red a la izquierda donde la prevalencia vale 20%, la efectividad 20%, la severidad 20%, etcétera; y en la práctica lo que uno encuentra es que la gente responde y le da un ordenamiento distinto.

Entonces aquí hay muchas respuestas distintas y nosotros tomamos el promedio de todas las respuestas de las personas asumiendo que todas ellas valen lo mismo y ahí están los resultados que están diagramados o ilustrados en la línea negra, que nos dio en este ejercicio puntual que la efectividad era el más importante y que daba cuenta de un 30.6% en circunstancias en que la prevalencia solo un 25.7%, la carga 19%, la severidad 16% y la seguridad 7.9%.

# Agregación



## Etapa de Agregación

**Minuto 00:23:24**

Teniendo los ponderadores de ejercicios como este, nosotros podemos llegar a la etapa de agregación que es la última. En esta etapa nosotros combinamos los scores o puntajes de cada una de las intervenciones que estamos interesados en evaluar -ahí están ilustrados los puntajes como S11, S12, etcétera-, y para cada uno de los criterios también tenemos cada uno de los ponderadores que están ahí esquematizados con la letra W: W1, W2, W3 hasta el W5.

Entonces una de las manera más clásicas de agregación, no la única, pero de las más habituales, es tener un score total que es básicamente una suma ponderada entre los scores y los correspondientes ponderadores. Ese score para cada una de las intervenciones es un score de valor, es un score de beneficio completo de cada una de las intervenciones y nos permite en último término darle un orden, una prioridad a cada una de las intervenciones.

## Mensaje Final

- ✓ MCDA agrupa un conjunto de técnicas que facilitan la toma de decisiones
- ✓ MCDA es un instrumento para la priorización, que puede ser de utilidad en Evaluación de tecnologías, en al menos dos de sus etapas:
  - Priorización de problemas que serán evaluados
  - Priorización entre tecnologías que han sido evaluadas
- ✓ Su mayor ventaja es que el proceso mediante el cual se materializa invita a la participación social y a la consideración de múltiples perspectivas, facilitando la posterior rendición de cuentas públicas para su mejoramiento continuo y así alcanzando mayores grados de legitimidad social

[www.uc.cl](http://www.uc.cl)

## Reflexiones finales

### Minuto 00:24:33

Estas son mis reflexiones hasta estas alturas. Primero, comentarles que MCDA agrupa un conjunto de técnicas que facilitan la toma de decisiones, no es un único método, sino que es más un término paraguas que agrupa una serie de distintas técnicas. Es un instrumento por cierto para la priorización que puede ser de utilidad de evaluación de tecnologías en al menos dos de sus etapas: primero, en aquellos casos como los que ocurre en algunos países de nuestra región en Latinoamérica, sirve para la priorización de problemas de salud que serán evaluados en un contexto de priorización y, al mismo tiempo y en una etapa posterior, sirve para la priorización entre tecnologías que han sido evaluadas o que han llegado a una etapa de evaluación.

Su mayor ventaja es que el proceso mediante el cual se materializa lo que hace es invitar a la participación social y a la consideración de múltiples perspectivas, facilitando la posterior rendición de cuentas públicas para su mejoramiento continuo, así alcanzando mayores grados de legitimidad social. Pamela, por favor.

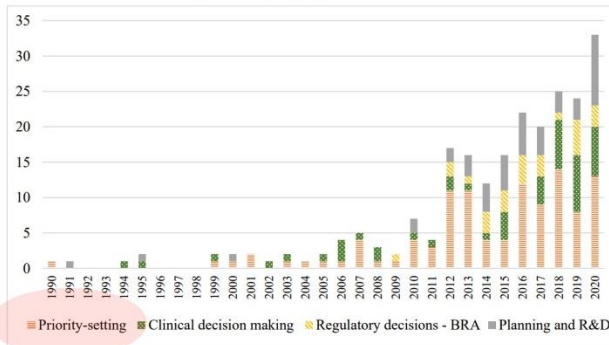
# MCDA para guiar decisiones en salud

## Revisión sistemática de la literatura

- Gongora-Salazar P, Obadha M, Rocks S, Fahr P, Rivero-Arias O and Tsiachristas A "The Use of Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA) to Support Decision-Making in Healthcare: an Updated Systematic Literature Review" (to be published)



Tendencia de publicación de estudios MCDA en salud por contexto de decisión



### Priorización en salud (48%, n=107)

- 63% en países de ingresos altos
- 16% en países de ingresos medios-altos
- 12% en países de ingresos medios-bajos
- 6% estudios a nivel global
- 2% en mas de 1 país
- 1% en país de ingreso bajo



## MCDA para guiar decisiones en salud Minuto 00:25:45 - Pamela Góngora

Gracias, Manuel. Bueno, un gusto estar acá, muchas gracias por la invitación y además es un honor compartir este espacio con Manuel. Lo que les voy a presentar aquí después de esta introducción magnífica que nos ofreció Manuel sobre cómo funcionan los métodos de MCDA, es el resultado de una revisión sistemática de literatura que hicimos con algunos colegas en la Universidad en donde revisamos todas las últimas publicaciones, incluyendo literatura gris, en las que se ha aplicado el método de Métodos de Multicriterio para guiar distintas decisiones en salud. Son, de hecho, los primeros en ver estos resultados, entonces también me emociona bastante presentarlos.

Al final encontramos más de 220 estudios de los cuales extrajimos información respecto al contexto y los métodos que se aplicaron. Encontramos que es un método que se ha venido aplicando para guiar distintos tipos de decisiones en salud, no solamente priorización; sin embargo, priorización que es el tema que nos trae hoy a reunirnos es el que más ha ocupado la agenda en los últimos años y, sobre todo, en países de ingresos altos.

Solamente para mencionarles un poquito de este método, modelos de multicriterio de hecho se utiliza desde mucho antes de los años 90 en otras esferas distintas a salud, pero solamente es a partir del 2010 que realmente empezamos a ver un número de publicaciones más o menos relevantes para guiar distintas decisiones en salud. Relativamente pocos en contextos de ingresos bajos, sobre todo está en ingresos altos, y también se han hecho varios estudios a nivel global, especialmente por parte de la Organización Mundial de la Salud y acá les voy a mostrar algunos ejemplos.

## MCDA & priorización en salud en LMIC

### Priorizar intervenciones en salud



Plan de beneficios en Ghana  
Baltussen et al (2006)  
Jehu-Appiah et al (2008)



Priorización de intervenciones para combatir el VIH/SIDA  
Youngkong, et al (2012)

### Priorizar condiciones en salud



Enfermedades infecciosas emergentes para guiar decisiones de R+D  
WHO (2017,8)  
Si Mehand et al (2018)



Plan de beneficios en Argentina  
En proceso...

- Carga de enfermedad poblacional
- Inequidad en acceso
- Severidad
- Magnitud del beneficio

### Priorizar grupos de personas



Pacientes COVID-19 & ingreso hospitalario  
De Nardo et al (2020)



Regiones para priorizar atenciones de salud  
Rahman et al (2020)

## MCDA y priorización en salud en LMIC

### Minuto 00:27:34

Entonces, antes de entrar en los ejemplos puntuales, mencionarles que cuando hablamos de priorización en salud, por supuesto, primero pensamos priorización de intervenciones. Un ejemplo es la creación del Plan de Beneficios en Ghana en el que se utilizó el método de multicriterio para tener en cuenta distintas consideraciones por parte de los tomadores de decisión; o también en la priorización de intervenciones para combatir VIH y SIDA.

También se puede hablar de priorizar condiciones en salud, por ejemplo, la Organización Mundial lo ha utilizado para guiar decisiones de inversión y desarrollo para priorizar enfermedades infecciosas y así guiar, de pronto, a farmacéuticas o a los países en términos de inversión de R+D para este tipo de enfermedades que digamos terminen siendo las más importantes.

Además, ahora mismo, justamente, estamos trabajando junto con Manuel, con Úrsula y otros colegas en el Plan de Beneficios en Argentina y utilizamos el MCDA para priorizar condiciones o líneas de cuidado utilizando estos cuatro criterios. Ahorita les voy a hablar un poquito más al respecto.

Mucho más recientemente se han utilizado métodos de multicriterio para priorizar también grupos de personas y poblaciones. Por ejemplo, en el contexto de COVID, para decidir qué pacientes deberían ser priorizados para ingreso hospitalario o también, por ejemplo, para decidir en qué comunidades deberíamos de priorizar acciones contra COVID o acciones para responder al COVID, y esto es antes de que existiera la vacuna como una alternativa.

# MCDA & priorización en salud en LMIC

## Priorizar intervenciones



Plan de beneficios en Ghana  
Baltussen et al (2006)  
Jehu-Appiah et al (2008)

- 6 criterios
- Discrete choice experiment (30 participants)

CHOICE	A	B
Cost-effectiveness:	not cost-effective	cost-effective
Poverty reduction:	neutral	positive
Age of target group:	young	adults
Severity of disease	severe	not severe
Health effects:	high gain for few patients	low gain for many patients
Total budget-impact:	high budget-impact	low budget-impact
Which one would you choose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please tick a box		

Figure 1. Example of pair of interventions

- Composite league table

## Priorizar condiciones



Enfermedades infecciosas emergentes para guiar decisiones de R+D  
WHO (2017,8)

## Priorizar grupos



Pacientes COVID-19 & ingreso hospitalario  
De Nardo et al (2020)

### Interventions

HIV/AIDS: prevention of mother to child transmission  
Childhood undernutrition: case management of pneumonia  
Childhood undernutrition: oral rehydration therapy for diarrhoea  
Childhood undernutrition: vitamin A fortification of staple food  
Childhood undernutrition: vitamin A supplementation  
Childhood undernutrition: zinc fortification of staple food  
Childhood undernutrition: zinc supplementation  
Disinfection at point of use  
Improved water supply and sanitation, low technologies  
HIV/AIDS: mass media campaigns  
HIV/AIDS: voluntary counselling and testing



## Priorizar intervenciones: Plan de beneficios en Ghana Minuto 00:29:06

Para el caso de Ghana, por ejemplo, se han hecho varios estudios. Aquí les muestro el estudio del 2006. Dos años después se hizo también un estudio con más participantes, 52 participantes, y también se utilizó el mismo método que es "Discrete choice experiment".

En este caso lo que se les pide a los participantes, por ejemplo (y este experimento se utilizó para poder derivar cuáles son los pesos y los puntajes que les estaba justamente mostrando Manuel), que elijan entre A y B. Entonces A tiene un perfil determinado de acuerdo con los criterios de valor que hemos definido, y B tiene un perfil distinto, por ejemplo, en este caso A es no costo-efectivo, pero B es costo-efectivo; en términos de reducción de pobreza A es neutral, pero B es positivo, y así sucesivamente. Lo que se les pide a los participantes es que elijan cuál es su alternativa preferida y este experimento o este tipo de preguntas se hace de manera iterativa: pueden ser 5, pueden ser 8 o pueden ser 18, hasta 18 preguntas es lo máximo que he visto en la literatura, un poco también para evitar la carga cognitiva de responder este tipo de experimentos. Después de eso se obtiene una data que los analistas utilizan para correr algunos modelos, derivar cuáles son los pesos, los puntajes, y con eso poder llegar a una "Composite league table", como, por ejemplo, estos son los resultados de las principales intervenciones que quedaron priorizadas después de este ejercicio con 30 participantes.

Aquí participaron principalmente policy-makers, no solamente del Ministerio de Salud de Ghana, sino también digamos otros actores de interés. Después, como les decía, en otro ejercicio en el 2008, lo volvieron a aplicar con un mayor número de participantes.

# MCDA & priorización en salud en LMIC

## Priorizar intervenciones



Plan de beneficios en Ghana  
Baltussen et al (2006)  
Jehu-Appiah et al (2008)

## Priorizar condiciones



Plan de beneficios en Argentina  
En proceso...

- 5 criterios
- PAPIKA (Ministerio de Salud y de la SuperSalud)

## Priorizar grupos



Pacientes COVID-19 & ingreso hospitalario  
De Nardo et al (2020)



¿Qué condición de salud/enfermedad priorizaría usted, en función de las 2 características que la describen?

<p>SEVERIDAD: Media: Progresión a altamente discapacitante, muerte y ó falla sistémica entre 2 y 5 años</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INTERVENCIÓNES EFECTIVAS: Beneficio alto: La esperanza de vida se incrementa en más de 5 años</p> <p>PRIORIZARÍA ESTA ALTERNATIVA</p>	<p>SEVERIDAD: Alta: Progresión a altamente discapacitante, muerte y ó falla sistémica en 2 años o menos.</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INTERVENCIÓNES EFECTIVAS: Beneficio medio: La esperanza de vida se incrementa menos de 5 años y mejora la calidad de vida</p> <p>PRIORIZARÍA ESTA ALTERNATIVA</p>
<p>SON IGUALES</p>	

## Priorizar condiciones: Plan de beneficios en Argentina Minuto 00:30:56

En el caso de Argentina, que es el caso que estamos trabajando ahorita con Manuel y Úrsula, definimos, de hecho, cuatro criterios. Utilizamos ya la metodología Paprika en donde también le pedimos a personas del Ministerio de Salud y la Superintendencia que participaran y con ellos se definieron estos criterios después de un proceso bastante amplio de deliberación: definimos carga de enfermedad poblacional, inequidad en acceso, severidad y magnitud del beneficio, como los criterios de interés. Como pueden ver son dos criterios que son de base poblacional y dos criterios de base individual, así los llamamos. Después, para definir los pesos dentro de cada uno de los criterios, utilizamos la metodología Paprika y creamos una telaraña como la que les mostró Manuel al final de su presentación.

En este caso, para Paprika, que es la diferencia con el método de Discrete choice experiment, en vez de utilizar en cada uno de los perfiles la totalidad de los criterios que estamos considerando, se utilizan solamente dos y esto es básicamente para reducir también la carga cognitiva para los que están respondiendo este tipo de experimentos.

Este tipo de metodología se está utilizando ampliamente y lo que nos permite es, de manera indirecta, definir cuáles son las preferencias de los actores de interés frente a estos criterios o al puntaje porque también se está definiendo con ello el puntaje dentro de cada uno de los criterios para cada una de las intervenciones que estamos considerando o de las líneas de cuidado que estamos considerando.

# MCDA & priorización en salud en LMIC

## Priorizar intervenciones



Plan de beneficios en Ghana  
Baltussen y I (2006)  
Jehu-Appiah et al (2008)



Figure 1. Example screenshot of tool developed in R Shiny (https://shiny.rstudio.com) using the slider bar function to compare candidate diseases for each criteria and subcriteria considered in the development of the World Health Organization (WHO) Blueprint to prioritize emerging infectious diseases in need of research and development. E-criteria were requested to compare candidate diseases for each criterion for each criteria, placing them in ranked order according to their knowledge. The World Health Organization Secretariat explained the meaning of the scale (0-10) to the experts before the survey. Asterisks indicate that an answer is required for each disease.

## Priorizar condiciones



Enfermedades infecciosas emergentes para guiar decisiones de R+D  
WHO (2017,8)  
Si Mehand et al (2018)

- 24 expertos de África, Asia, Europa y América
- 8 criterios
- Analytic Hierarchy Process (AHP)

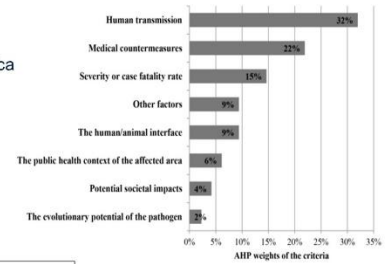
¿Qué tan importante es A relativo a B?

VALOR	DEFINICIÓN	COMENTARIOS
1	Igual importancia	El criterio A es igual de importante que el criterio B
3	Importancia moderada	La experiencia y el juicio favorecen ligeramente al criterio A sobre el B
5	Importancia grande	La experiencia y el juicio favorecen fuertemente el criterio A sobre el B
7	Importancia muy grande	El criterio A es mucho más importante que el B
9	Importancia extrema	La mayor importancia del criterio A sobre el B está fuera de toda duda
2,4,6 y 8	Valores intermedios entre los anteriores, cuando es necesario matizar	

## Priorizar grupos



Pacientes COVID-19 & ingreso hospitalario  
De Nardo et al (2020)



## Priorizar condiciones: Enfermedades infecciosas emergentes para guiar decisiones de R+D

Minuto 00:32:24

Otro ejemplo es el de la Organización Mundial de la Salud que lo han venido utilizando en el 2017, en el 2018, y también están, entiendo, por sacar una actualización. Es para definir prioridades respecto a enfermedades infecciosas emergentes para poder guiar decisiones de inversión y desarrollo. Acá participaron, por ejemplo, 24 expertos de África, Asia, Europa, Norteamérica y Sudamérica, se definieron 8 criterios y para el scoring o para la derivación de puntaje (este es un ejemplo de puntuación directa), se le pidió a cada uno de los expertos que definieran de una escala de 0 a 10 cómo se comportaba cada una de las enfermedades bajo consideración.

Una vez tenían estos resultados, aplicaron otro de los métodos que se utilizan en la literatura que es el Analytical Hierarchy Process para definir los pesos de los criterios. Los criterios son 8 y en este tipo de metodologías lo que se hace es presentarle a los tomadores de decisión o participantes de estos ejercicios, que en una escala de 1 a 9 definan qué tan importante, por ejemplo, es el criterio A, el criterio de "human/animal interface" relativo a otro segundo criterio, por ejemplo, "impactos sociales potenciales". Se van recolectando todas las respuestas, se generan unas matrices y eso al final permite una derivación de pesos. Hay unos análisis que se hacen detrás en la metodología.



# MCDA & priorización en salud en LMIC

## Priorizar intervenciones



Plan de beneficios en Ghana  
Baltussen et al (2006)  
Jehu-Appiah et al (2008)

## Priorizar condiciones

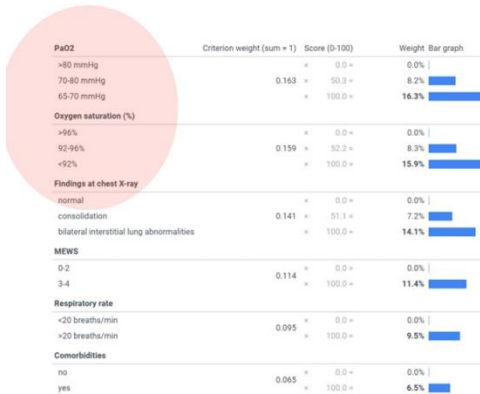


Enfermedades infecciosas emergentes para guiar decisiones de R+D  
WHO (2017,8)

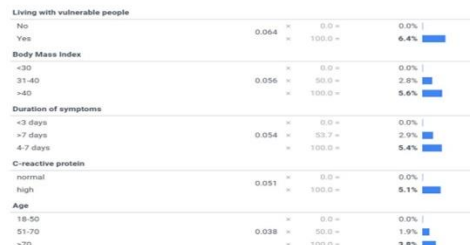


## Priorizar grupos

Pacientes COVID-19 & ingreso hospitalario  
De Nardo et al (2020)



- Priorizar pacientes no críticos para ingreso hospitalario en zonas de recursos limitados
- 11 criterios
- PAPRIKA - 1000minds – 5 médicos expertos en enfermedades infecciosas



## Priorizar grupos: Pacientes COVID-19 & ingreso hospitalario Minuto 00:33:55

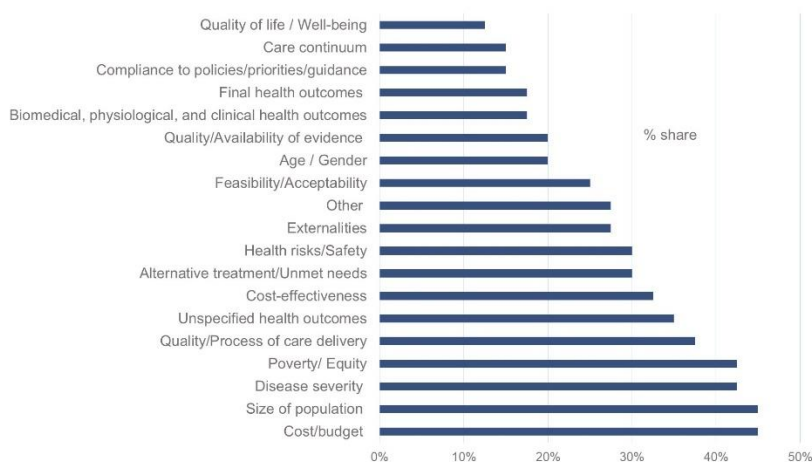
Otro ejemplo para el caso de priorización de grupos, personas o comunidades es el que les contaba del caso de la priorización de pacientes no críticos para ingreso hospitalario en zonas de recursos limitados. Esto, de hecho, es un ejercicio que llevaron a cabo autores en Nueva Zelanda y en Italia, pero que todavía no se ha aplicado formalmente en países de recursos limitados. Lo que proponen es una serie de criterios que permitan priorizar a los pacientes. En este caso se incluye un mayor número de criterios, 11, y la presión parcial de oxígeno es la que termina siendo el criterio con mayor peso.

Ustedes pueden acá ver criterios que después de COVID -bueno, todavía está presente-, se nos hacen familiares justamente por el nivel o el grado de vulnerabilidad que puedan tener las personas respecto a la enfermedad. Entonces, por ejemplo, la edad, claro, las personas de mayor edad son mucho más vulnerables a COVID, también digamos personas con sobrepeso, etcétera. Entonces este es otro ejemplo y también se utilizó el método de Paprika y la interface o el programa One Thousand (Minds [00:35:08]) que, de hecho, también es el que estamos utilizando nosotros en Argentina.

En este caso fueron 5 médicos los expertos que participaron para la derivación de pesos y también para la definición de los criterios.

## MCDA & priorización en salud en LMIC

Criterios más usados



### Criterios más usados

Minuto 00:35:23

Cuando hicimos la revisión encontramos una lista grande, lo que hicimos fue tratar de agruparlos en unos grupos. Encontramos criterios, por ejemplo, como costo, tamaño de la población, severidad de la enfermedad, pobreza o equidad como los primeros. Si yo cojo esta gráfica y la comparo con los criterios más usados en países de ingresos altos, pobreza y equidad está por ahí al final de la fila, lo cual de pronto no es mucho de extrañar pensando, sobre todo, que cuando hablamos de priorización en salud en estos contextos, estamos desde un enfoque de cobertura universal, principalmente; se encuentran otros criterios como, por ejemplo, la edad o el género en donde muchas veces se busca obviamente priorizar, por ejemplo, menores de 5 años o mujeres en embarazo, externalidades que pueden ser positivas o negativas que puedan generar, por ejemplo, la priorización de una intervención o alguna condición. Y bueno, digamos que son distintos criterios los que se han encontrado.

Obviamente llama mucho la atención que costo sea el criterio más usado: aproximadamente 45% de los estudios lo incluyeron en el modelo de MCDA ¿Por qué digo esto? Porque si retomo la presentación de Manuel al empezar, él estaba diciendo que MCDA nos permite, digamos, obtener un valor, un valor de la intervención o un valor de la condición: un valor de beneficio; y costo no es un criterio de valor. Entonces, hay un debate, de hecho, en la literatura que es relativamente reciente, diría yo, y que todavía no se termina de saldar frente a si se debería o no incluir. Los que abogan por que se incluya dicen que permite hacer explícito ese trade-off que representa costo y, por ejemplo, nos permite decir qué tanto está dispuesto a pagar un policy-maker por una unidad más en términos de reducción de pobreza; por otro lado, los que consideran que no se debería incluir, dicen que es una forma no adecuada de abordar el concepto de eficiencia y que, además, en sí mismo no es un criterio de valor

por lo cual no debería ser incluido.

Diría que la mayoría de los investigadores están a favor de no incluirlo, pero, como les digo, el debate sigue presente y en algunos contextos, sobre todo cuando hablamos de contextos de atención integral/salud que es justamente lo que estoy trabajando, se encuentra que hay todavía varios a favor.

# MCDA & priorización en salud en LMIC

## Métodos más usados

### Puntuación (Scoring)

- 38% → Scales (e.g. from 0 to 100)
- 18% → Analytical Hierarchy process (AHP)
- 13% → Discrete choice experiment (DCE)
- 10% → Not reported / Not clear
- 8% → Natural units
- 5% → Value function

### Obtención de pesos (Weighting)

- 40% → Analytical Hierarchy process (AHP)
- 15% → Discrete choice experiment (DCE)
- 13% → Points allocation
- 8% → None (e.g. based on the literature, = weights)
- 5% → Raking exercise

## Los métodos más usados

### Minuto 00:37:54

Sobre los métodos más usados, quizá una de las ventajas también que ofrecen los modelos de multicriterio es que existe una gama muy amplia tanto para métodos de puntuación del performance de cada una de las alternativas que estamos evaluando como para la obtención de pesos. Esto juega a favor y en contra, diría que es un arma de doble filo, que si bien nos permite una flexibilidad y digamos que la escogencia depende de cuántos participantes tengo, del tiempo que tengo, de la facilidad de implementación del proceso y, en ese sentido, de qué tipo de actores están participando; por el otro lado, todavía se considera que existe una falta, digamos, de guía técnica para la aplicación estandarizada y a medida y correcta de este tipo de metodologías, lo cual puede ser contraproducente en términos de calidad del ejercicio y, en consecuencia, de calidad de los resultados y de las recomendaciones que se emitan.

Pero, dicho esto, solamente para mostrarles cuáles son los métodos que más se usan, las escalas como, por ejemplo, en el caso del estudio que les mostré de la Organización Mundial de la Salud y de la priorización de enfermedades infecciosas emergentes, es el método más usado; seguido por el Analytical Hierarchy Process que les decía es una comparación de pares, por ejemplo, en el caso de criterios, acá también se puede utilizar para la puntuación; seguido por Discrete choice experiment; también se utilizan las unidades naturales del criterio y lo que se hacen después son procesos de estandarización para el proceso de agregación.

En el caso de obtención de pesos es algo así muy similar también: Analytical Hierarchy process como

el primero, quizás también por la facilidad de implementación; Discrete choice experiment le sigue; Points allocation, Manuel de hecho presentó un ejemplo, también es muy usado y para simplemente retomar con ejemplo, si tengo, por ejemplo, tres criterios: equidad, prevalencia y beneficio individual que otorga la intervención, yo puedo decir que a equidad le otorgo 50, a beneficio de la intervención 40 y al tercero 10. Entonces esa es otra metodología.

Hay otros estudios que simplemente lo que hacen es utilizar pesos que se hayan reportado en la literatura o decir: "Asumimos igualdad de pesos para los criterios", y también se pueden utilizar ejercicios de ranking en donde yo le pido a los participantes o a los tomadores de decisión que partir de, digamos, seis criterios, me digan el orden de importancia, me los listen y yo tengo en ese sentido, de mayor a menor, en términos de nivel de importancia, mis criterios y después asigno los pesos.

# MCDA & priorización en salud en LMIC



Multi-criteria analysis: a manual



<https://www.gov.uk/government/publications/multi-criteria-analysis-manual-for-making-government-policy>



ISPOR TASK FORCE REPORT  
**Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making—An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force**

Praveen Thobala, MSc, PhD<sup>1</sup>, Nancy Drelich, PhD<sup>2</sup>, Kevin Marsh, PhD<sup>3</sup>, Rob Baltussen, PhD<sup>4</sup>, Mikolaj Bogusz, MSc<sup>5</sup>, Zohar Eidi, PhD<sup>6</sup>, Theodor Longene, MSc<sup>7</sup>, Filip Mison, PhD<sup>8</sup>, Stuart Peacock, PhD<sup>9</sup>, John Watkins, PharmD<sup>10</sup>, Maarten Gierman, PhD<sup>11</sup>

<sup>1</sup>School of Health and Social Research (SHSR), University of Bedford, Bedford, UK; <sup>2</sup>Office of Health Economics, London, UK; <sup>3</sup>London, UK; <sup>4</sup>National Institute Medical Center, Radboud Institute for Health Services, Wageningen, The Netherlands; <sup>5</sup>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Manchester, UK; <sup>6</sup>Department of Health Policy and Health Economics, Eindhoven University of Technology, Eindhoven, The Netherlands; <sup>7</sup>System Research Institute, Budapest, Hungary; <sup>8</sup>NIDA Group AB, UK and Sweden; <sup>9</sup>Regional Regulatory Affairs, Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson, Anthony, Belgium; <sup>10</sup>Canadian Centre for Applied Research in Cancer Control (ACCRC), British Columbia Cancer Agency, Vancouver, WA, USA; <sup>11</sup>Leeds University, Leeds, UK

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26797229/>



ISPOR TASK FORCE REPORT  
**Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making—Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force**

Kevin Marsh, PhD<sup>1</sup>, Maarten Gierman, PhD<sup>2</sup>, Praveen Thobala, MSc, PhD<sup>3</sup>, Rob Baltussen, PhD<sup>4</sup>, Mikolaj Bogusz, MSc<sup>5</sup>, Zohar Eidi, MSc, PhD<sup>6</sup>, Theodor Longene, MSc, PharmD<sup>7</sup>, Filip Mison, MSc, PhD<sup>8</sup>, Stuart Peacock, MSc, PhD<sup>9</sup>, John Watkins, PharmD, MPH, BCPS<sup>10</sup>, Nancy Drelich, PhD<sup>11</sup>

<sup>1</sup>London, UK; <sup>2</sup>Department of Health Technology & Services Research, University of Twente, Enschede, The Netherlands; <sup>3</sup>University of Bedford, Bedford, UK; <sup>4</sup>National Institute for Health Services, Wageningen, The Netherlands; <sup>5</sup>National Institute for Health and Care Excellence, Manchester, UK; <sup>6</sup>Department of Health Policy and Health Economics, Eindhoven University of Technology, Eindhoven, The Netherlands; <sup>7</sup>System Research Institute, Budapest, Hungary; <sup>8</sup>NIDA Group AB, UK and Sweden; <sup>9</sup>Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson, Anthony, Belgium; <sup>10</sup>Canadian Centre for Applied Research in Cancer Control, British Columbia Cancer Agency, Vancouver, BC, Canada; <sup>11</sup>Leeds University, Leeds, UK

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27021745/>



## Algunas publicaciones relacionadas con MCDA Minuto 00:40:34

Realmente para cerrar y empezar la parte que creo que es quizás la más divertida que es la de preguntas, respuestas y discusión, queremos mostrarles simplemente tres publicaciones que pueden ser de interés para aquellos que estén interesados en hacer este tipo de ejercicios. Este manual que, si bien es viejo, como el vino, de todas formas, sigue siendo muy útil; y estos dos reportes del Ispor Task Force sobre buenas prácticas en la implementación de MCDA en salud que son también bastante útiles y además también incluyen unas referencias que pueden ser relevantes para los interesados, dependiendo también del contexto de decisión sobre el que se este trabajando.

Gracias.

## PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Moderadoras: Úrsula Gideon y Katherine Del Salto

Minuto 00:41:24

Úrsula Gideon: Gracias, Pame; gracias, Manuel. Espectaculares presentaciones, ustedes como siempre total claridad, muy pedagógicos, creo que para todos esto fue como un abre bocas que abre el apetito para aprender más sobre ese método tan interesante. También, Pame, gracias por esa primicia, fantástico, estamos ansiosos de ir a ver el paper publicado. Ahora si como dijeron ustedes, vamos a la parte de preguntas y vamos a hacer esta pequeña entrevista. Quiero hacer unas preguntas para ambos, Manuel y Pame, y después una para cada uno.

Entonces comencemos con la primera. Pame mencionó que aún no hay como una guía estandarizada sobre cómo se debe hacer o todavía falta para que haya una guía realmente sólida y estandarizadas para hacer MCDA, pero se notó en las presentaciones de ambos que tienen una experiencia muy amplia en este tema, así que voy con la siguiente pregunta: ¿Para ustedes cuáles son las cuatro o cinco principios de buenas prácticas más importantes a tener en cuenta si un país quiere aplicar MCDA para priorización de prestaciones?

Minuto 00:43:21

Pamela Góngora: Gracias. Bueno, solamente para aclarar, existen, por ejemplo, las guías de Ispor para el desarrollo de MCDA, lo que todavía hace falta es un poco más de guía en la aplicación de los métodos de puntaje, para derivación de puntaje y derivación de pesos; y también falta, digamos, como un check list de cómo se debería reportar, eso existe, por ejemplo, en estudios de costo-efectividad y lo utilizan los reviewers al momento de hacer evaluaciones de este tipo de estudios. Yo creo que todavía nos falta eso, reconociendo además las particularidades de los contextos de decisión y la multiplicidad de opciones que ofrece MCDA.

Pero, dicho eso, creo que entre buenas prácticas la primera: involucrar a todos los actores interesados desde el inicio del proceso, eso definitivamente garantiza que no se hagan cambios o ajustes en el camino que terminen yendo en perjuicio de la legitimidad de las recomendaciones que se puedan derivar.

El segundo, hacer pilotos, training, todo lo que se pueda, y dedicarle el tiempo a ello para garantizar que al final, por ejemplo, en un ejercicio de derivación de pesos todos estemos teniendo un entendimiento más o menos común sobre qué entendemos por efectividad o qué entendemos por severidad y, sobre todo, cómo entonces se debe ranquear o se debe digamos completar el ejercicio, por ejemplo, de un discrete choice experiment. Entonces dedicar el tiempo realmente a trabajar con

los que van a participar para que haya un entendimiento común; que podamos hacer pilotos para revisar si las técnicas que estamos utilizando o los tolos que desarrollemos si se están entendiendo de manera adecuada, es crucial.

En ese sentido y conectado, creo que es importante también utilizar formatos estándar, evitar lenguaje muy técnico, no dar por entendido o por hecho que todos tenemos un entendimiento común y que todos sabemos, por ejemplo, qué es un QALY o qué es un AVAC; yo creo que partir desde lo básico e ir construyendo en el camino es importante.

Y, finalmente, pues eso obviamente requiere tiempo y deliberación y a veces uno puede decir: "Dios, pero esto retoma mucho y siento en algún momento del camino que no voy para ningún lado", no, el proceso de construcción de política justamente requiere de diálogo, vamos a encontrar posiciones en contra y a favor, y reconocer eso, hacerlas explícitas y reportarlo, dejar siempre reportado y que al final quede como un compendio de cómo fue todo el ejercicio, creo que también le da la legitimidad y la calidad al proceso.

**Minuto 00:46:09**

**Úrsula Gideon:** Gracias, Pame. Muy bien. En vista del tiempo, voy a pedirle a Manuel más bien contestar otra pregunta de esas que están arduamente debatiendo en la literatura y también en el terreno como lo hemos visto ya en Argentina y también en otros países: ¿Debe o no debe el análisis de MCDA, desde tu punto de vista y argumentando, tener en cuenta consideraciones de costo y/o eficiencia? Manuel.

**Minuto 00:46:45**

**Manuel Espinoza:** Muchas gracias. Qué bueno que es otra pregunta porque después de la respuesta de Pame, qué uno le iba a agregar ¿No? A ver, mi opinión, cuando partimos en MCDA, recuerdo el Congreso de Ispor en Berlín, la mitad de la gente: "Costo si tiene que ser", la mitad de la otra gente: "Costos no tiene que ser", y yo no entendía nada. Pasaron cuatro, cinco años, yo estaba en lo mismo, en una encrucijada y no sabía en dónde estaba el (margen [00:47:12]). Ahora, con el curso de los años, esta es mi idea: creo que los costos no deben ser parte de la lista de atributos de valor ¿Por qué? Porque el costo, en lo conceptual, no es un atributo de valor y cuando uno quiere priorizar con lógica sanitaria, con lógica de salud, sean estos problemas de salud o sean estos, más aún en el caso de intervenciones en salud, lo que uno quiere caracterizar es justamente el valor, que finalmente el valor apela a la noción del beneficio de esa intervención sobre ese problema de salud. Por lo tanto, no es que el costo no sea importante para la toma de decisiones, pero no debiera ser un atributo en la caracterización de valor, y permíteme decirlo de una manera un poco más práctica, cuando hacíamos estos ejercicios de tranzar entre atributos yo preguntaba: "Bueno, ¿Qué es más importante para ustedes, la frecuencia de ocurrencia de esta enfermedad o el costo?", y la gente



decía: "La frecuencia", -"¿La severidad o el costo?", -"La severidad", y en general siempre todo era más importante que el costo, y ¿Por qué el costo siempre quedaba postergado? Porque está revelando que el costo no entra en ese juego de transacción a ese nivel porque no es un atributo de beneficio. Ahora bien, cuando usted caracteriza el valor y logra integrar ese concepto de valor y caracteriza el beneficio, luego es la pregunta si vale la pena o no pagar por esa magnitud de valor o magnitud de beneficio, por lo tanto, es una etapa posterior; ergo, mi conclusión es no incluir el costo en la etapa de la caracterización de valor, no hacerlo tranzar con otros atributos de beneficio, sino ubicarlo en una etapa posterior cuando uno se pregunta si vale o no vale la pena pagar por ese valor adicional.

**Minuto 00:49:02**

**Úrsula Gideon:** Gracias, Manuel. Entonces vamos a tener en algún momento las razones de valor-costo, por ejemplo, en una etapa posterior. Puede ser, bueno. Ustedes ven, es un tema abierto, creo que podríamos hablar una hora completa sobre eso y, a lo mejor, podemos hacer un panel más adelante sobre este tema en particular.

Ahora una pregunta para Pame y también debido al tiempo voy a recortar un poco la pregunta: ¿Cuáles serían para ti los principales desafíos no técnicos, no de procesos sino de economía política de usar MCDA?

**Minuto 00:49:56**

**Pamela Góngora:** Yo creo que la disponibilidad, compromiso y el tiempo. Y cuando hablo de disponibilidad, compromiso y tiempo, obviamente hay un tema de economía política muy aferrado ahí, pero si necesitas que, primero, haya un compromiso y una idea clara de para qué estamos utilizando el MCDA y hacia dónde queremos ir y eso requiere que todos los actores estén en la misma página, algo que muchas veces no pasa. Entonces ese es un reto grande.

Mantener ese compromiso en el tiempo, sobre todo en un proceso que requiere tanta deliberación, es también otro reto en sí mismo; y, por eso digo que es importante incluir a todos los actores relevantes desde el momento uno para garantizar el éxito del ejercicio.

**Minuto 00:50:59**

**Úrsula Gideon:** Gracias, Pame. Yo pensé que ibas a decir algo sobre el riesgo de MCDA para que los más poderosos griten más duro, pero fuiste por otro lado, está muy bien.

**Minuto 00:51:12**

**Pamela Góngora:** Pero mira que si puedo complementar. Cuando estábamos revisando y tratando de entender qué pasó en el 2010 y 2011 para que se diera ese salto en el uso de MCDA en salud en

general en todos los contextos, primero encontramos que la primera publicación que hace EMA, la Agencia de Medicamentos de Europa, en la que menciona MCDA como una metodología válida para hacer ejercicios de Benefit Risk Assessment, se hace justamente en el 2011; pero también en esos mismos años hay varias publicaciones, sobre todo para América Latina en donde la pharma digamos que lo trata de animar bastante. Entonces, claro, termina siendo un riesgo porque uno dice: "Se puede incluir de todo" ¿No? Y eso es un riesgo, claramente, pero por eso mismo es que se requiere que el proceso reconozca todos los actores relevantes, tenga claro cuál es el objetivo que se está persiguiendo y que sea transparente desde el momento cero.

**Minuto 00:52:23**

**Úrsula Gideon:** Gracias, Pame. Creo que nos queda clarísimo que esta cosa no se improvisa, que requiere tiempo, compromiso, etcétera, que es complejo. Tenía otra pregunta para Manuel que simplemente la dejaré en el aire para que la pensemos todos y es: casi todos los que estamos hoy acá hemos leído mucho sobre análisis de costo-efectividad, análisis de costo-efectividad extendida, análisis de costo-efectividad distribucional, y hoy nos cuentan sobre MCDA. Entonces la pregunta que dejo para todos, para que lo pensemos un poco, como las ventajas y desventajas y las instancias en las cuales un método u otro es más relevante. Entonces, lastimosamente nos quedan pocos minutos para preguntas, paso entonces la palabra a Katherine que va a coordinar y moderar la sección de preguntas. Katherine.

**Minuto 00:53:27**

**Katherine Del Salto:** Gracias, U. Gracias, Pame y Manuel, realmente super interesante, creo que yo me quedo con algo que ambos dijeron en sus presentaciones y es que siempre va a haber visiones que tal vez no concuerden, pero lo importante no es ignorar que estamos en desacuerdo, sino realmente ponerlas sobre la mesa y aceptar que hay estas visiones contradictorias así que creo que eso es super interesante.

Voy a hacerles una pregunta a los dos y creo que los dos tienen bastante experiencia y que se ha repetido un poco en el Q&A, es: ¿Qué experiencia tenemos en la región y cómo se han vivido esos procesos en la región particularmente? Manuel, si quieres empezar, gracias.

**Minuto 00:54:13**

**Manuel Espinoza:** Bien, gracias. Si, bueno, creo que la primera experiencia con MCDA la tuvimos -Úrsula estuvo ahí presente- cuando hicimos un ejercicio para la actualización del Plan de Servicios de Salud de la República Dominicana, donde ellos nos habían propuesto una metodología que al llegar a las instancias de deliberación con el Consejo de Seguridad Social del país, donde habían muchos actores cada uno con sus intereses, nos dimos cuenta que tenía ciertos conflictos de ser aplicada -no vamos a entrar aquí en los detalles-, y llegamos a un callejón casi sin salida ahí porque no sabíamos

cómo materializar algo en lo que todos estuvieran de acuerdo ¿No? Había mucha crítica a lo que había planteado un sector, etcétera. Y llegó en ese momento la idea de plantearles: "Mire, podemos hacer algo que se llama Análisis de Decisiones Multicriterio", y por ahí alguna autoridad del país nos dijo: "Eso, eso, eso suena bien, suena bien porque es análisis de decisiones, son múltiples criterios, eso suena bien", independiente de la complejidad y eso, ya como que permeó la cabeza de los tomadores de decisiones y lo planteamos y tuvimos el primer ejercicio en la región.

Un ejercicio que fue muy rico en el sentido de las mesas de trabajo, la identificación de criterios, tratar de alinear que todos entendiéramos lo mismo de los atributos de valor para hacer un ejercicio de priorización... Yo creo que fue de mucha ganancia. Otra cosa es lo que termina siendo eso porque la propuesta de Plan de Beneficios tiene que pasar unas vallas en las que siempre hay barreras y ese es otro cuento, pero el ejercicio en sí mismo yo lo valoré mucho. Y, por cierto, ahora estamos trabajando en Argentina, siete, ocho años después, y Pamela a lo mejor te puedes referir un poco a eso para no monopolizar la respuesta.

**Minuto 00:56:08**

**Pamela Góngora:** Antes más bien te diría que sí, porque está también el de República Dominicana, porque ya hablé del de Argentina y además siento que también ocupé bastante espacio, entonces más bien te dejo la palabra.

**Minuto 00:56:23**

**Manuel Espinoza:** No, en el de Argentina yo creo que después de siete años tenemos algunas mayores facilidades conceptuales que las sentimos quienes trabajamos en esto, pero cuando llegamos al campo nos damos cuenta de que en todas jurisdicciones los desafíos son enormes y los principales desafíos en relación con la etapa de identificar criterios, en la etapa de seleccionar criterios, de que estemos todos en la misma línea, de que contemos con esa participación social que en último término nos va a dar mayores grados de legitimidad al ejercicio y de asumir y entender que el ejercicio que uno realiza en un punto del tiempo no necesariamente va a ser lo que todos esperan, no necesariamente va a ser perfecto y el gran insumo que posiblemente vamos a dejar es la transparencia del proceso que va a permitir su mejoría continua en las siguientes iteraciones futuras. Yo creo que teniendo eso uno puede seguir adelante y perdonarse algunas fallas durante el proceso.

**Minuto 00:57:28**

**Pamela Góngora:** Solamente ahí sí, para cerrar eso, lo que quería decir es al final MCDA es una metodología que apoya procesos de decisión, en ningún momento pretende digamos tener la última palabra, eso es algo que también es importante, da unos recursos y una guía de cuáles podrían ser las mejores decisiones teniendo en cuenta las preferencias de los distintos actores que están participando, pero obviamente la decisión final seguramente involucre otro tipo de procesos de

deliberación propios de la sed de la política pública.

**Minuto 00:58:17**

**Katherine Del Salto:** Si, totalmente de acuerdo. Muchas gracias a ambos, creo que además la respuesta de Manuel respondió muchas otras que tenían que ver un poco con qué pasa cuando los tomadores de decisión no tienen el conocimiento o a quiénes involucramos, y creo que la respuesta en la que se describe el proceso respondió eso. Acaba de llegar una última que me parece interesante para cerrar con esta y es: en 30 segundos, cada uno ¿Cuál sería su consejo para incentivar el uso de MCDA en la región o, si lo amplió un poquito, para incentivar el uso de cualquier herramienta de priorización explícita en la región?

**Minuto 00:59:02**

**Pamela Góngora:** Yo diría, primero, tener muy claro hacia dónde se quiere ir, cuál es el objetivo que se quiere alcanzar, a quiénes se quieren involucrar, qué criterios nos interesan y, de acuerdo con eso, escoger es el método analítico más apropiado.

**Minuto 00:59:25**

**Manuel Espinoza:** Yo creo que la colaboración entre los países es una cuestión que ayuda mucho porque lo que uno necesita aquí es que quien lidera en los procesos estos de priorización, tiene que estar convencido de que es una buena idea salir de la priorización implícita a la priorización explícita. Una vez que llegamos a ese punto y tenemos ese backup por parte de la autoridad del momento en el país entonces llegamos los que podemos ayudar a poner en marcha esto y ahí la experiencia, la colaboración internacional, es de mucha utilidad; pero yo creo que el gran tema es en relación con un tema más conceptual y general que es que necesitamos que en nuestros países las autoridades se convenzan de que es una buena idea transitar hacia ejercicios de priorización explícita.

**Minuto 01:00:20**

**Katherine Del Salto:** Muchísimas gracias ambos. Nuevamente, como dijo U, por el tiempo en preparar esto y porque realmente ha sido una presentación muy interesante. U, te paso la palabra para cerrar esta sesión. Muchas gracias a todos quienes nos han acompañado hasta ahora.

**Minuto 01:00:36**

**Úrsula Gideon:** Gracias Katherine, gracias, Manuel, gracias Pame. Me gustó mucho ese cierre de Manuel de esto de la voluntad de hacer priorización que sabemos que esa no es dada para nada en la región, que tenemos mucho para hacer; pero también ese tema de pensar en un pull regional sobre métodos de priorización, siempre hablamos de ETS y el intercambio de ETS, pero rara vez hablamos de intercambio de cómo aplicamos métodos de priorización así que super chévere.

Antes de despedirme, simplemente invitarlos a que visiten nuestra página. Si ponen en Google: "Red Criteria" lo van a encontrar. Visítennos, hay un montón de información creo que interesante, están todos los webinars anteriores, las transcript; ahí también publicamos papers y policy-briefs todo el tiempo, hay unos recientes, unos sobre regulación de precios de medicamentos en Brasil que creo que pueden ser super interesantes porque muchas veces no sabemos mucho de lo que pasa en Brasil, los que venimos de los lados hispanoparlantes; hay otras sobre competencia de mercado de medicamentos en Chile. Bueno, mejor dicho, dense una pasada por nuestra página.

También vi un montón de preguntas de ustedes entonces pueden escribirnos al correo de la Red Criteria y nosotros haremos llegar las preguntas a los ponentes.

Finalmente, quiero invitarlos a sacar sus agendas y fijar desde ya el día 21 de junio a las 10 de la mañana ya que vamos a tener un ponente espectacular del Ecuador que hablará de los temas de presión tecnológica con cifras, casos y soluciones concretas, visión desde el Ecuador.

Entonces bueno, sin más, muchas gracias a los ponentes y también a la audiencia. Hoy en algún momento fuimos más de 150, mil gracias, creo que Pame y Manuel son muy populares y ha sido espectacular.

Muchas gracias y que tengan un maravilloso día. Chao.



# CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority  
Setting and Health Benefits Plans



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