



SERIE SOBRE GARANTÍA DE PRESTACIONES PRIORITARIAS
documento II

Lineamientos metodológicos sobre los procesos y las técnicas para la fijación de prioridades de paquetes de prestaciones en salud sexual y reproductiva

Zulma Ortiz
María E. Barbieri
Silvina Ramos
Ana Cristina González Veléz

Lineamientos metodológicos sobre los procesos y las técnicas para la fijación de prioridades de paquetes de prestaciones en salud sexual y reproductiva

SERIE SOBRE GARANTÍA DE PRESTACIONES PRIORITARIAS
DOCUMENTO II

Zulma Ortiz, María E. Barbieri,
Silvina Ramos y Ana Cristina González Vélez

Diciembre 2011

CEDES

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Sánchez de Bustamante 27

C1173AAA Buenos Aires – Argentina

Tel./Fax: (54-11) 4865-1707 / 1704 / 1712 / 4862-0805

Este documento ha sido elaborado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, consultor para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La supervisión técnica estuvo a cargo Alma Virginia Camacho, Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva, Oficina Regional, del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

© Zulma Ortiz, María E. Barbieri, Silvina Ramos y Ana Cristina González Vélez.

Editado en Buenos Aires, Argentina.

ISBN: 978-987-24796-4-0

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de la autora o editora, siempre y cuando quien se beneficie de este material no lo copie, reproduzca, distribuya o adapte con propósitos de ganancia comercial y que las autoras reciban crédito como la fuente de tal información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones de material. CEDES agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

Autoras

Zulma Ortiz, Médica Reumatóloga, con Master en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud en la Universidad de Lanús. Research Fellowship en Epidemiología Clínica e Investigación en Servicios de Salud en la Universidad de Ottawa, Canadá. Realizó la Carrera Docente de la Universidad de Buenos Aires. Fue Coordinadora del Programa VIGI+A del Ministerio de Salud de la Nación y Sub Directora de la Carrera de Especialista en Epidemiología de Campo de la Universidad de Tucumán. Coordinadora de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, Programa destinado al otorgamiento de Becas para investigación. Fue Secretaria del Comité de Ética de los Institutos de la Academia Nacional de Medicina Buenos Aires. Actualmente es Asesora del Comité de Investigación de la Organización Panamericana de la Salud y Especialista en Salud para UNICEF-Argentina.

María Eugenia Barbieri es Licenciada en Economía de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Realizó la Maestría en Economía de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como concurrente del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina (IIE-ANM) (2007-) y como consultora del área salud de UNICEF (2011-). Fue investigadora asistente del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en el área Salud, Economía y Sociedad (2002-2006); becaria del Estudio Colaborativo Multicéntrico para desarrollar Metodologías de Fijación de Prioridades en la Selección de Investigaciones en Salud con apoyo de la Comisión Nacional Salud Investiga (2006-2007), y coordinadora del mismo (2008). Ha recibido el Premio Academia Nacional de Medicina 2009 al trabajo «Impacto Familiar, Social y Económico de la Enfermedad Trauma. Un Enfoque Interdisciplinario». Ha desarrollado investigaciones en el campo de la economía de la salud, las metodologías para la fijación de prioridades y los sistemas y políticas de salud. Se ha desempeñado como consultora de organismos internacionales (BID, BM, UNICEF, OIT, OPS), obras sociales nacionales y Ministerio de Economía de la Nación. Es docente de grado y postgrado en Universidades públicas y privadas.

Silvina Ramos es socióloga con formación de posgrado en investigación social. Ha sido investigadora titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Argentina desde 1990 y directora de esa institución académica entre 2002 y 2008. Actualmente es miembro del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OMS (ACHR, por sus siglas en inglés) (2009-), codirectora del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva de Argentina (OSSyR) (2008-), integra la comisión directiva de la organización de derechos humanos Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) de Argentina (2009-) y es miembro del Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Ha desarrollado investigaciones en los campos de la sociología de la medicina, sistemas y políticas

de salud y salud pública, con particular foco en la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Ha coordinado equipos de investigación multidisciplinarios nacionales y regionales. Tiene una amplia experiencia como docente en instituciones de salud, públicas y privadas, de la Argentina y latinoamericanas, en los campos de metodologías cualitativas, sociología de la medicina, y salud reproductiva. Sus publicaciones incluyen artículos en revistas con referato, capítulos de libros y materiales de divulgación científica (<http://www.cedes.org/investigadores/index.html>). Se desempeñó como Coordinadora de Programas del Consorcio Internacional de Aborto con Medicamentos (ICMA, por sus siglas en inglés) (2010-2011), del que fue Oficial de Enlace de Redes (2008-2009). Ha sido Vicepresidenta del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial, de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) de OMS (2007-2009). Se desempeñó como coordinadora de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Argentina (2006-2008), como cocoordinadora del Área de Ciencias Sociales del Fondo de Ciencia y Tecnología (FONCyT) del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Argentina (2009-2010) y como cocoordinadora académica de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud CEDES-FLACSO, Argentina (1998-2003).

Ana Cristina González Vélez es médica y tiene una maestría en investigación social en salud. Fue Directora Nacional de Salud Pública en Colombia (2002-2004), médica y oficial de asuntos sociales en la División de Asuntos de Género de la CEPAL (2010). Se desempeñó como asesora del UNFPA y el Ministerio de la Protección Social, Colombia, en el año 2011, para el proceso de la reforma del sector salud. Es investigadora visitante del Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina. Experta en reformas del sector salud, salud pública, salud sexual y reproductiva e incidencia política. Ha integrado diversas juntas directivas nacionales (Instituto Nacional de Salud, Colciencias) e internacionales (Senior Technical Advisory Group de la OMS, Global Doctor's for Choice y Reproductive Health Matters) y ha participado activamente en el movimiento de mujeres tanto en el ámbito nacional como internacional. Entre sus publicaciones y trabajos, se destacan *Redes en Acción. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina*, en coautoría con S. Ramos, A. Londoño y M. Romero, CEDES con apoyo de la Fundación Ford, Montevideo, 2009; *Legal Abortion: A Comparative Analysis of Health Regulations*, IPPF, 2009; *Causal salud: interrupción del embarazo, ética y derechos humanos*, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres/Colombia, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/México y Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología/FLASOG, en consenso con 15 organizaciones más, 2008; *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas*. IPPF, 2007; *¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos?* *Goce efectivo de derechos: un marco de referencia*, Serie Mujer y Desarrollo 104, División de Asuntos de Género, CEPAL, Santiago de Chile, 2010; *Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe*, Serie Mujer y Desarrollo 110, División de Asuntos de Género, CEPAL, Santiago de Chile, 2011.



Índice

Introducción	7
---------------------------	----------

Capítulo I.	
Antecedentes de los lineamientos metodológicos para la fijación de prioridades en SSR	11

Capítulo II.	
Lineamientos metodológicos para la fijación de prioridades en SSR	18

II.1. La planificación de prioridades	18
--	-----------

II.2. ¿Cómo integrar todos estos elementos en una sola matriz?	29
---	-----------

II.3. ¿Cómo aplicar la matriz?	32
---	-----------

Capítulo III.	
Comentarios finales y recomendaciones.....	35

Referencias bibliográficas.....	38
--	-----------



Introducción

Los últimos veinte años han sido testigos de un progresivo interés por las metodologías de fijación de prioridades en salud. Las políticas garantistas de derechos en salud plantean un desafío a los sistemas para dar respuesta a todas las necesidades. En un escenario donde los recursos son finitos y hay una creciente competencia con los requerimientos de otros sectores (educación, asistencia social, infraestructura, entre otros), la fijación de prioridades se presenta como un conjunto de procesos y técnicas que facilitarían la toma de decisiones con base racional para la asignación de recursos (monetarios, humanos, físicos). Aunque en la práctica sea más frecuente decidir de manera incremental y no racional, en la medida en que se conozcan, utilicen y evalúen las metodologías para fijar prioridades estaremos más cerca de lograr políticas de salud basadas en evidencia.¹ Si las prioridades surgen de procesos participativos, explícitos, transparentes, inclusivos y con enfoque de equidad son más aceptados y factibles de ser implementados² que aquellas donde las decisiones quedan en manos de unos pocos, más aún si no están legitimados.

Al hablar de fijación de prioridades es importante distinguir entre el *proceso de fijación* de prioridades y la *técnica de priorización*. El proceso se refiere al mecanismo por el cual se deciden las prioridades, mientras que la técnica hace referencia al instrumento que permite organizar y presentar el amplio cuerpo de información que identifique las áreas problema, intervenciones o investigaciones para la salud según el interés de priorización.³ Se puede priorizar sin técnica explícita a través de procesos más o menos explícitos, el desafío es que tanto los procesos como las técnicas ayuden a tomar decisiones cuyo resultado favorezca a garantizar el cumplimiento de los derechos y el acceso universal a las intervenciones que han demostrado ser efectivas.

Una intervención es toda acción deliberada con el objetivo de mejorar la salud de las personas, reduciendo el riesgo, la duración o severidad de un problema de salud.⁴ Al referirnos a intervenciones se debe distinguir entre dos conceptos: a) tecnologías sanitarias, y b) prestación de servicios.

Las tecnologías sanitarias se definen como los modos de intervención utilizados para la prevención y rehabilitación, las vacunas, los productos farmacéuticos e instrumentos médicos, también los procedimientos médicos y quirúrgicos, y los sistemas en los cuales la salud es protegida y mantenida.⁵ Por ejemplo, una tecnología sanitaria en SSR es la fertilización asistida. La existencia de determinada tecnología sanitaria no implica necesariamente que sea utilizada o demandada, ya que puede encontrarse disponible pero sus costos ser tan elevados que imposibiliten su uso. Por este motivo, en los últimos años se han creado agencias gubernamentales y no gubernamentales de evaluación de tecnologías sanitarias, orientadas a definir las tecnologías por incluir en un paquete de prestaciones que debería ofrecerse desde el Estado.

La evaluación de tecnologías sanitarias es un campo de análisis multidisciplinario, en el cual se estudian las implicancias médicas, sociales, éticas y económicas de desarrollar, difundir y utilizar determinada tecnología sanitaria.⁵

Las prestaciones de servicios de salud, como cualquier otro servicio, requieren de la identificación previa de una carencia o necesidad por parte de las personas y de una voluntad de éstas para su satisfacción o demanda.⁶ Es decir que a diferencia de las tecnologías, que se encuentran disponibles pero que pueden demandarse o no, en las prestaciones existe una necesidad y por lo tanto una demanda del servicio. Esta oferta y demanda de servicios está

relacionada con la situación de salud, las políticas de Estado y el sistema de salud de un lugar determinado.⁷ Cuando la evolución social da lugar a una creciente demanda de servicios médicos y de salud colectiva, la fijación de prioridades adquiere mayor pertinencia y relevancia.

La SSR abarca dimensiones positivas de la salud, como el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y la justicia social, y no meramente la ausencia o presencia de una enfermedad y/o problema de salud. Asimismo, las intervenciones en SSR tienen impacto sobre otras áreas de la salud, así como sobre aspectos sociales y económicos (por ejemplo, la planificación de los embarazos puede mejorar la posición social y económica de la mujer y con ello reducir las inequidades de género). Predecir todos los beneficios de las intervenciones en SSR es complejo y más aún lo es poder cuantificarlos, dado que se trataría de asignar un valor a variables tales como la mayor satisfacción con la vida, los mayores niveles de participación en la comunidad o las mejoras en la posición social de la mujer o en las reducciones en las inequidades de género.⁸ Por último, a la complejidad de predecir los beneficios de las prestaciones se agrega la de identificar las que puedan ser incluidas en paquetes básicos que independientemente de la existencia de demanda o no deberían ser garantizados por el Estado dada su probada efectividad. Archie Cochrane decía que todo tratamiento que ha demostrado ser efectivo debe ser gratuito.⁹


Aún existen brechas para que se cumpla este legado que Cochrane dejó, y una estrategia que podría contribuir a garantizar las prestaciones de servicios que han demostrado ser efectivas es la fijación de prioridades. Varios instrumentos han sido desarrollados, implementados y evaluados en los últimos veinte años para fijar prioridades en salud. Los resultados obtenidos varían de acuerdo con los contextos, pero son pocos los autores que ponen en duda sus beneficios.^{10,11} También se debe reconocer que la fijación de prioridades ha abierto el debate sobre los alcances y las limitaciones que los instrumentos poseen al momento de definir un paquete de intervenciones prioritarias en el área de la salud sexual y reproductiva (SSR), por las características especiales que presenta.⁸

Cada vez que se considere una prestación o un paquete de prestaciones para garantizar la SSR, se debe, en primer lugar, identificar las necesidades de la población y no del individuo. Luego se deberá analizar el sistema de salud según las capacidades y los recursos (humanos, monetarios, físicos, de ges-

tión) requeridos para satisfacer las necesidades. Además, se deberá planificar la manera como las prestaciones serán ofrecidas y evaluadas tanto por parte de los usuarios como de los prestadores.

En este documento se describen las bases conceptuales y los lineamientos metodológicos para la fijación de prioridades en tanto sus criterios, técnicas y procesos de acuerdo con la evolución que han tenido en los últimos veinte años.

Capítulo I.



Antecedentes de los lineamientos metodológicos para la fijación de prioridades en SSR

*L*a década de 1990 ha sido un punto de inflexión respecto del reconocimiento de la necesidad de desarrollar metodologías de fijación de prioridades que permitieran lograr la mejor asignación posible de los recursos disponibles, con base a un mecanismo lo más objetivo, transparente y justo posible, para lograr el mayor impacto en la salud de la población.

Una de las iniciativas pioneras en el desarrollo de metodologías para priorizar problemáticas de salud corresponde al estudio de *Carga de enfermedad*, iniciativa conjunta entre el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Escuela de Salud Pública de Harvard.⁸ El ejercicio consistió en cuantificar para el año 1990 el efecto sobre la salud de más de 100 enfermedades y lesiones en ocho regiones del mundo. Se generaron estimaciones comprehensivas y consistentes de mortalidad y morbilidad por sexo, edad y región, que incluyó

como indicador los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY por su denominación en inglés). Este indicador, que consiste en la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura y los perdidos por discapacidad, ganó aceptabilidad por dos atributos: facilita la evaluación del impacto de programas tanto sociales como de salud, y sintetiza la multiplicidad de aspectos involucrados en la priorización.¹²

Paralelamente al estudio de carga de enfermedad, se inició el proyecto «Disease Control Priorities», promovido por el BM, en el cual se incorporó la estimación de costo-efectividad de varias intervenciones para prevenir y tratar diversas condiciones de salud, de modo de buscar el uso más eficiente posible de los recursos utilizados.⁸

En 1993, el Banco Mundial publicó el informe anual *World Development Report: Investing in Health*, destinado exclusivamente a analizar los aspectos de la salud en los cuales invertir. Utilizando la información aportada por el estudio de carga de enfermedad y los análisis de costo efectividad se propusieron paquetes de intervenciones para optimizar el uso de los recursos públicos. En lo que respecta a SSR, este paquete incluía servicios de atención del embarazo, planificación familiar, tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y prevención del VIH.¹²

La necesidad de fortalecer la teoría y práctica de la fijación de prioridades en salud impulsó la creación en 1996 de la Sociedad Internacional de Prioridades en Salud.¹ Su objetivo es promover la aplicación y diseminación de buenas prácticas en la fijación de prioridades, trabajar en un mayor entendimiento de los procesos de priorización y lograr la aplicación de los resultados de las investigaciones. Con ese fin organiza foros en los cuales investigadores, usuarios de las técnicas y cualquier otro interesado pueden intercambiar ideas y experiencias.

Los avances en las técnicas de priorización continuaron luego de la década de 1990. El estudio de carga de enfermedad fue actualizado para los años 2000-2002, e incluyó un análisis más exhaustivo de la mortalidad y la carga de enfermedad atribuible a 26 factores de riesgo.¹³ Este ejercicio se repitió para el año 2004.¹⁴ Actualmente, se está trabajando conjuntamente entre

1 Sociedad Internacional de Prioridades en Salud: <http://org.uib.no/healthcarepriorities/>.

la OMS y el Instituto de Medidas en Salud y Evaluación (IHME) con el fin de actualizar el estudio para los años 1990 y 2005. En lo que respecta a la iniciativa *Disease Control Priorities*, en 2006 se publicó una nueva versión del documento destinada a las prioridades en los países en desarrollo. De este nuevo trabajo surgieron tres publicaciones: *Disease Control Priorities in Developing Countries* (segunda edición),¹⁵ *Priorities in Health*⁴ y *Global Burden of Disease and Risk Factors*.¹⁶

Es importante destacar que el inicio de las metodologías para priorizar paquetes de intervenciones en salud no está aislado de un contexto marcado por el impulso que ciertos organismos internacionales dieron a un modelo denominado «Consenso de Washington».¹⁷ Éste se basaba en los pilares de la liberalización del mercado, la reforma del Estado, a partir de la austeridad fiscal y la privatización. De este modo, la salud pasó de ser un derecho humano, a un bien negociable en el mercado, donde las ganancias toman dimensión. No obstante, en los últimos años la concepción de la salud como un derecho humano y no como un bien ha cobrado fuerza en las políticas públicas de varios gobiernos latinoamericanos y esto condujo a los Estados a implementar acciones deliberadas, concretas y claras para la satisfacción del derecho a la salud, tales como disposiciones legislativas, recursos judiciales así como la fijación de prioridades.

Aunque parezca contradictorio, si se pretende garantizar el derecho a la salud, la fijación de prioridades puede contribuir en gran medida, dado que regidos por el principio de realización progresiva de los derechos humanos se impone la obligación de obrar de la manera más diligente y eficaz posible para alcanzar ese objetivo. Conceptualmente, este principio implica reconocer las limitaciones relacionadas con los recursos disponibles, pero exige que todos los países traten de hacer progresos de forma constante con miras a lograr la plena efectividad de los derechos pertinentes. En este sentido, se han de respetar, proteger y garantizar los derechos al máximo nivel posible en cada situación.¹⁸

En los últimos años, los ejercicios de priorización se han ido incorporando como parte integral de los sistemas de salud. A medida que las técnicas se van refinando, se avanza hacia la incorporación de valores públicos como parte de los elementos por considerar. El valor público no sólo se constituye en un derecho de la población, sino en una obligación para quienes están a cargo de gestión pública, quienes toman decisiones sobre fondos públicos,

que les pertenecen a la población y por ende deben estar orientados hacia ella en general y a los sectores más excluidos en particular. El valor se torna valor público cuando incluye el ejercicio del derecho a la vida y a la esperanza de vida, es decir, el ejercicio de la libertad y las oportunidades. Cuando la gente tiene la capacidad y libertad para expresar sus preferencias y las administraciones públicas tienen la voluntad y capacidad para acomodar sus objetivos a las preferencias ciudadanas.¹⁹

De esta forma, la priorización es paulatinamente considerada como una combinación de evaluaciones objetivas de los costos y efectos con evaluaciones más subjetivas de las preferencias de las personas. Pero dado que existen múltiples valores contrapuestos, el proceso de priorización en salud debe ser inevitablemente un proceso de debate. Más aún, este debate no puede resolverse mediante la ciencia o el diseño de una fórmula o el estableciendo de reglas. El punto crucial es generar la configuración institucional del debate correctamente.²

A pesar de los avances en el desarrollo y uso de metodologías para la fijación de prioridades, no siempre se cuenta con todo el conocimiento para la definición de paquetes de prestaciones de servicios. Esto puede explicarse por la escasa evidencia sobre la mayoría de los problemas y soluciones que afectan a las personas que viven en países con bajos ingresos; principalmente aquella relacionada con la efectividad de prácticas de promoción que haya sido demostrada con estudios experimentales. La producción de conocimiento y la fijación de prioridades en paquetes de servicios están relacionadas en la medida en que para que sea prioritaria deberán conocerse en detalle aspectos que han sido mencionados, tales como la carga de enfermedad, las evaluaciones económicas, la efectividad, entre otras.

La preocupación por la investigación parte de la hipótesis de que la investigación en salud contribuye a la prevención y el tratamiento de los problemas sanitarios, a una mayor comprensión de los determinantes socioeconómicos, y al fortalecimiento del diseño e implementación de intervenciones eficaces y eficientes; base para cualquier paquete de prestaciones que se pretenda diseñar.³

La importancia, como algunas organizaciones proponen y promueven, de fijar prioridades de investigación puede contribuir a la mejor comprensión tanto de las técnicas como de los procesos y de su evolución. En 1993 la crea-

ción del Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED)² para asistir a los países de bajos y medianos ingresos en la implementación de la estrategia Investigación Nacional Esencial en Salud (ENHR), incluyó una metodología para la fijación de prioridades de investigación que se fue refinando. Incorpora un diagnóstico y análisis de situación de salud, una evaluación del desempeño del sistema sanitario y los servicios de salud y aspectos éticos que representan los valores públicos que están en juego (figura 1).²⁰ Todos estos elementos son fundamentales para fijar prioridades en paquetes de prestaciones de servicios, dado que también en estos procesos es necesario evaluar el contexto, planificar la fijación de prioridades e implementarla, es decir, armar el paquete de prestaciones (ver Figura 1).

Posteriormente, en 1998, se creó el Foro Global de Investigación en Salud (GFHR)³ con el objetivo central de focalizar los esfuerzos de investigación sanitaria en los problemas de salud de los más pobres, mejorar la asignación de recursos y facilitar la cooperación entre distintos actores sociales y organismos. La ideología subyacente a esta organización está en el reconocimiento de que la magnitud de estos problemas excede la capacidad de cualquier institución individual y, por lo tanto, la colaboración entre distintos organismos aumenta las probabilidades de encontrar una solución adecuada.

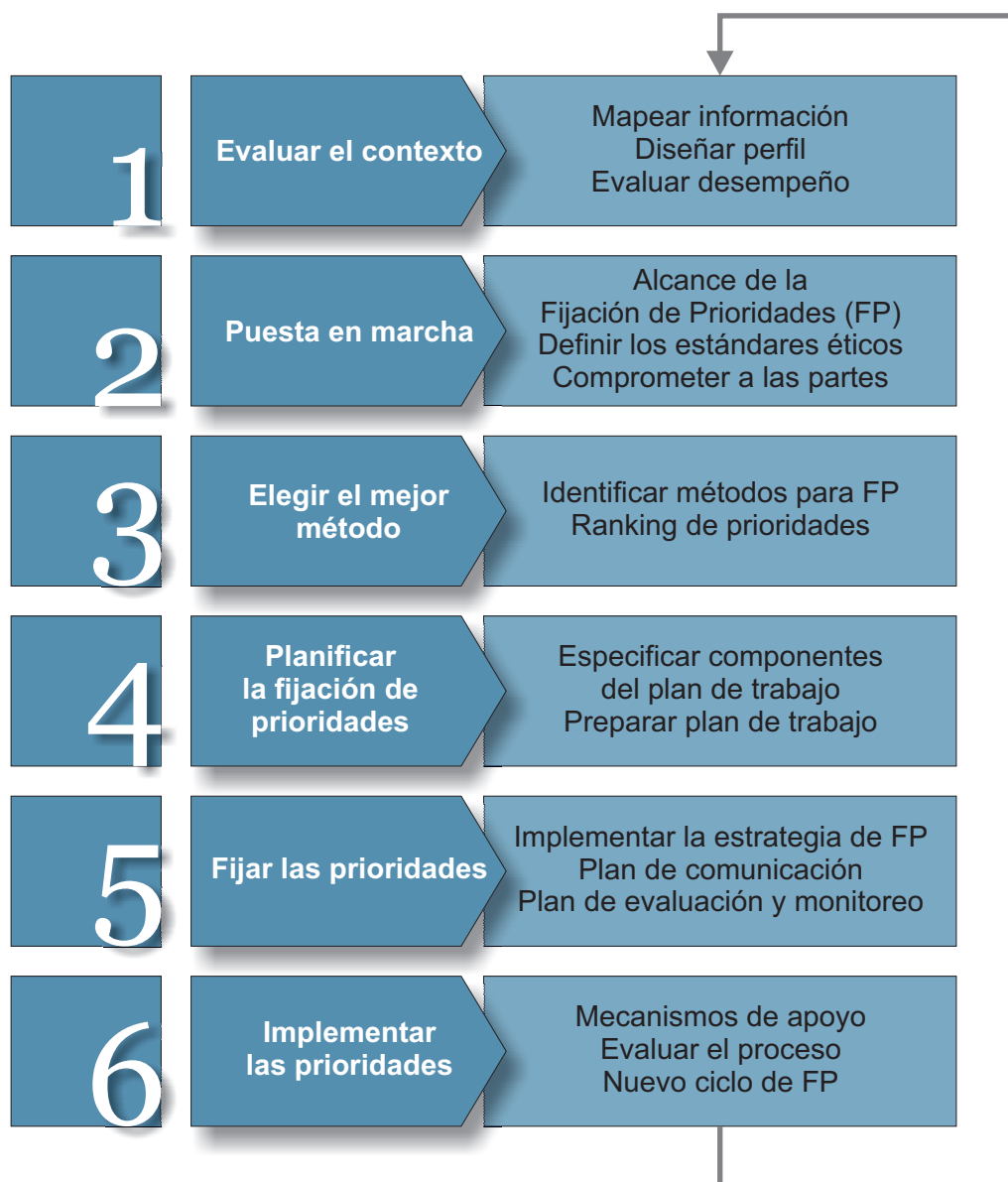
En 2004, el GFHR difundió un instrumento para fijar prioridades de investigación en salud denominada Matriz de Estrategia Combinada (MEC). Fue adaptado, validado y aplicado en varios países del mundo, y en particular de América latina. En la Argentina se ha utilizado para abordar catorce problemáticas sociosanitarias de diversa índole a lo largo de cinco años de trabajo.^{21,22} Una de ellas, de particular interés para este informe por tratarse de las prioridades para reducir la morbilidad materna en la Argentina.²³ También se han registrado otras experiencias en América latina, en México, Colombia y Bolivia.²²

En 2011, el GFHR y el COHRED se fusionaron tomando como base el portafolio de servicios y herramientas que ofrece el COHRED para fortalecer la gobernanza y administración de la investigación e innovación en salud, la

² Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED): <http://www.cohred.org/>.

³ Foro Global de Investigación en Salud (GFHR): <http://www.globalforumhealth.org/>.

Figura 1. Pasos para implementar un proceso de fijación de prioridades




Fuente: http://www.cohred.org/downloads/Priority_Setting_COHRED_approach_August_2010.pdf.

equidad y el desarrollo socioeconómico, y las influyentes conferencias y el registro de los flujos de financiamiento de la investigación del GFHR.

Si bien no existe suficiente evidencia que relacione el uso de metodologías de fijación de prioridades con mejores resultados de salud y reducción de las

inequidades, sí hay evidencia respecto de que la falta de un proceso racional y transparente genera inequidades y estancamiento en los niveles de mortalidad. El gran desafío reside en motivar y educar a los tomadores de decisiones en el uso de los instrumentos disponibles para dirigir los recursos hacia las intervenciones en salud más efectivas.²⁴

Capítulo II.



lineamientos metodológicos para la fijación de prioridades en SSR

II.1. La planificación de prioridades

La SSR presenta múltiples desafíos al momento de organizar un acervo de información válida y confiable que sirva para el diseño, la implementación y la evaluación de políticas, planes y programas sanitarios.⁸ El principal desafío es la complementación de la clásica información relacionada con la morbi-mortalidad y las dimensiones positivas de la salud relacionadas con el bienestar físico, psíquico y emocional y también con las intervenciones que van más allá de lo curativo, como son la promoción de la salud con enfoque intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario.

La existencia de estos desafíos no implica que no se pueda avanzar en la dirección de fijar prioridades, sino que al momento de seleccionar un método, estos deben ser contemplados para evitar caer en reducciones que no dan cuenta de la complejidad del problema a abordar.

Al momento de planificar la fijación de prioridades se deben considerar la:

1. Dimensión prioritaria⁴

Las dimensiones de la salud son campos constituidos por diversos elementos, que hacen a la salud/enfermedad de las personas. Estos diversos elementos tienen que ver con el ciclo de vida, con los eventos que son particulares a un grupo con determinadas características y en un momento determinado de sus vidas. Los dos aspectos que definen la dimensión son: las personas y los eventos en salud.

En este sentido una dimensión prioritaria puede definirse a partir de: las especificidades de un determinado grupo por ciclo vital, de unos determinados eventos y/o de unos diferenciales o determinantes particulares. Como la dimensión alude a una idea «física» de interacción de diversos elementos, en salud las dimensiones prioritarias pueden responder a una variación de categorías y a la forma en que estas se conjugan para determinar la dimensión prioritaria.

2. Área o componente

El área o componente hace referencia a un aspecto específico y delimitable dentro de la dimensión prioritaria. Pueden definirse a partir de distintos criterios y apuntan a delimitar aquellos aspectos que requieren más atención dentro de una dimensión o aquellos aspectos a través de los cuales se pueden conseguir mayores logros en una determinada dimensión.

3. Estado de situación

Debe incluir los siguientes criterios:

⁴ Las ideas sobre dimensión, área o componente, carga de enfermedad y mortalidad evitable, retoman desarrollos hechos por Ana Cristina González en documentos de trabajo elaborados para el Ministerio de Salud de Colombia, 2011.

Magnitud

Se refiere no solo a la frecuencia sino también a la gravedad que puede tener el aspecto específico y delimitable dentro de la dimensión prioritaria.

Carga de enfermedad

La salud es un término muy amplio que no se caracteriza solamente por la ausencia de enfermedad, sino también por el bienestar a todos los niveles de la existencia humana. Debido a esto, los indicadores de mortalidad y morbilidad que se han usado habitualmente resultan inadecuados o insuficientes para reflejar las distintas dimensiones de la salud. A tal efecto, los estudios de *carga de enfermedad* se han propuesto para generar un indicador que combine mortalidad con morbilidad, con el objetivo de determinar cuantitativamente las pérdidas o ganancias, tanto económicas como sociales provocadas por determinadas enfermedades, factores de riesgo o intervenciones realizadas.

Los estudios de carga de enfermedad se comienzan a utilizar ampliamente a partir de 1993 con la publicación del *World Development Report: Investing in Health* del Banco Mundial. Este informe utilizó como medida un indicador denominado AVAD.¹² Este tiene como objetivo captar el impacto de las muertes prematuras y las secuelas sanitarias no mortales de enfermedades y lesiones. Algebraicamente son la suma de los años perdidos por muerte prematura y los años vividos con una discapacidad ajustados a la gravedad de la discapacidad.²⁵

$$\text{AVAD} = \text{Años de vida perdidos por muerte prematura (AVP)} + \text{Años de vida perdidos por discapacidad (AVD)}$$

Mientras que el primer término no es difícil de definir, ya que es la diferencia entre la edad de la persona al momento de morir y su expectativa de vida, el segundo término se basa en algunos supuestos que implican una definición de valores éticos o preferencias sociales. Específicamente, los supuestos que se establecen para su cálculo son:

1. **Expectativa de vida:** se considera para el cálculo del AVAD una esperanza de vida de 82,5 años para las mujeres y de 80 años para los hombres.
2. **Valoración del tiempo vivido a distintas edades:** el indicador implica considerar una valoración diferente a los años vividos en distintas edades, con el objetivo de marcar diferencias en la productividad. La justificación de este supuesto se base en captar el diferente valor social que tienen las personas a distintas edades, ya que los niños y mayores dependen del resto de la sociedad físicamente, emocionalmente y financieramente.
3. **Ponderación de la discapacidad:** consiste en la valoración del peso de la morbilidad medida en términos de los años de vida que se pierden a consecuencia del padecimiento de una enfermedad y sus secuelas. Las ponderaciones de las discapacidades se realiza en base a un estimador que permite la comparación de la severidad de la discapacidad con la muerte. A tal fin, se desarrolla una clasificación, definida por expertos, que cataloga las discapacidades en seis categorías que representan grados crecientes de severidad. La ponderación varía entre 0, o ausencia de discapacidad, y 1 que representa la muerte, que es el grado máximo de discapacidad.
4. **Descuento temporal:** se considera que los años por vivir valen menos que el año actual, descontándose a una tasa del 3%.

Si bien el AVAD es un avance en cuanto a indicadores que busquen captar una dimensión más amplia de la salud, el mismo presenta varias críticas y en especial a lo que se refiere a su utilidad como un indicador válido y confiable para motivar acciones de política en SSR, por las características que la misma presenta.⁸ Podemos agrupar estas críticas en cinco grandes grupos:

1. **Registros de las causas de mortalidad y discapacidad.** El cálculo de las AVAD requiere de registros, por lo tanto si los eventos no son registrados no se dará cuenta de los mismos. Las condiciones que no son registradas caen en dos grupos: (a) no son reconocidas o son poco diagnosticadas (enfermedades de transmisión sexual (ETS) asintomáticas), o (b) son subregistradas por razones culturales y sociales (como por ejemplo aborto, esterilidad, ETS, violencia de género) o también por falta de acceso a los sistemas

de salud. Tampoco contabiliza la carga asociada a muertes fetales por no contarlas como nacidos vivos. Finalmente, al asignar los años de vida perdidos a una sola condición de salud, no se permite cuantificar las consecuencias resultantes de las interrelaciones (por ejemplo, el embarazo puede dar pie a problemas, como la hipertensión, o agravar condiciones preexistentes).^{8,26}

2. **Descuento por discapacidad.** Una de las principales críticas es que el ponderador para las distintas discapacidades está elaborado por un grupo de expertos, que no necesariamente reflejan las opiniones de las personas.^{8,26,27} Asimismo, este ponderador, al ser homogéneo, no tiene en cuenta la importancia del contexto para cada una de las problemáticas de salud. En este sentido, se ha demostrado las vivencias distintas que puede tener una persona con determinada condición de salud, en función de los contextos sociales, culturales y ambientales.⁸ Por lo tanto, si se asignan recursos sobre la base de un indicador de severidad homogéneo se pueden exacerbar las inequidades entre países en desarrollo y subdesarrollado.²⁸
3. **Enfoque netamente biológico y sobre consecuencias fatales e incapacitantes.** El cálculo deja de lado los determinantes sociales de la carga de enfermedad, y los efectos sobre la familia y el entorno.^{26,27} En este sentido, podemos decir que el AVAD no es una medida de la «carga» de una enfermedad sino una suma de «mala salud».²⁹ Por otro lado, mucho de los que demanda servicios de SSR no están enfermos, por lo que sus necesidades quedarían excluidas de este indicador.³⁰
4. **Ponderación de las edades.** El valorar de forma diferente los años vividos a diferentes edades, si bien puede ser instrumental desde la producción, es cuestionable desde lo ético y con un fuerte sesgo inequitativo en el caso de asignar recursos en base a este indicador.^{28,29}
5. **Descuento del 3%.** No hay una justificación de porque los años vividos hacia futuro tengan menor ponderación que los de hoy.²⁹

Si bien se han desarrollado otros indicadores para los estudios de carga de enfermedad, como lo años de vida potencialmente perdidos (AVPP) o los años de vida ajustados por calidad (QALY), todos de alguna forma presentan los siguientes elementos comunes: (1) el tiempo es utilizado como unidad

de medida (años, días, etc.); (2) Combinan en un solo indicador mortalidad y morbilidad; (3) ponderan las discapacidades; (4) Descuentan años a futuro; (5) se ponderan edades⁵. En la tabla siguiente se comparan las ventajas y desventajas de los principales indicadores utilizados.

Tabla 1. Estudios de carga de enfermedad: ventajas y desventajas

Indicador	Definición	Ventaja	Desventaja
Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)	Es una medida simple de la brecha entre el estado de salud real y el ideal. Mide el número de años perdidos producto de que el individuo no alcanza a vivir la expectativa de vida esperada	(1) Es el indicador más simple	(1) No es una medida resumen de muerte prematura y discapacidad, aunque es una base para otros indicadores
Años de vida ajustados por calidad (QALY o AVAC)	Es un indicador basado en las preferencias personales (utilidad) para resultados en salud no fatales. Se basa en ponderaciones subjetivas de las preferencias de los individuos por diversos estados de salud	(1) Incorpora la dimensión de calidad de vida y preferencias	(1) Carece de una metodología estándar de cálculo, y han sido ampliamente criticadas (2) Demandante en cuanto a la información necesaria y a su metodología
Años de vida ajustados por discapacidad (DALY o AVAD)	Es el indicador más utilizado para realizar estudios de carga de enfermedad. Su cálculo es el resultado de sumar las pérdidas de vida por muerte prematura (años de vida perdidos - AVP) y las pérdidas de años de vida ajustados por discapacidad (AVD)	(1) Tiene una metodología estándar y es ampliamente utilizado (2) Intenta incorporar en un solo indicador morbilidad y mortalidad	(1) Demandante en cuanto a la información necesaria y a su metodología (2) Ampliamente criticado por los supuestos que implica su cálculo.

Fuente: Adaptación de Hyder, A., Liu, L., Morrow, R. y Ghaffar, A. *Application of Burden of Disease Analyses in Developing Countries. Implication for policy, planning and management of health systems*. Global Forum for Health Research. 2006.

⁵ Dadas las críticas realizadas respecto a las ponderaciones por edad y los descuentos de los años futuros, las nuevas estimaciones realizadas por la OMS, calculan los AVAD con y sin estos supuestos. Asimismo, se ha trabajado en mejorar los ponderadores de discapacidad.

Carga oculta

El concepto de carga oculta se refiere a las consecuencias sobre la salud física o mental que no son atribuibles con claridad o linealidad (por parte de los prestadores de salud) a la causa que las origina y que generan cargas sobre las personas, la sociedad y los sistemas de salud. Un ejemplo típico de «carga oculta» lo genera la violencia contra las mujeres, en razón de la cuál estas suelen experimentar por ejemplo mayores trastornos de salud mental o mayores posibilidades de intentos de suicidio. En ambos casos, el evento que es reportado y captado en los sistemas de salud es, o la afectación de la salud mental o el intento de suicidio sin hacer visible necesariamente la violencia que los originó.

Mortalidad evitable

Aunque la muerte es un hecho inevitable, varias de las causas que llevan a ella han logrado controlarse y, en ese sentido, las defunciones por estas causas se consideran muertes evitables.³¹ Los criterios de evitabilidad pueden variar de acuerdo con el momento histórico en que se trabaja, con la disponibilidad de tecnologías o recursos y con la experiencia de un determinado país o región. La mayoría de las definiciones de mortalidad evitable suelen basarse en el criterio de Rutstein y colaboradores: «una muerte se considera evitable cuando, si todo lo que se tenía que hacer se hubiera hecho, tal defunción se hubiera prevenido o retrasado».³² Este criterio acepta de forma implícita la necesidad de que exista por lo menos una intervención capaz de modificar los factores determinantes de la muerte.

Inequidades en salud

Se refiere a las desigualdades que son evitables e injustas.

4. Determinantes sociales de la salud

Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales,

normativas y políticas. Los determinantes son clave para comprender las inequidades en salud y se refieren a todas aquellas condiciones sociales en las que la vida tiene lugar.³³

Hay dos niveles de la estructura de los determinantes sociales de la salud. Por un lado, los determinantes estructurales, como la educación, las condiciones mínimas de subsistencia, el trabajo y la no discriminación. Por el otro, las condiciones materiales, circunstancias psicosociales, los factores biológicos o de comportamiento y el sistema de salud mismo, que conforman los determinantes intermediarios. A esto se suma el contexto político y socioeconómico, que se refiere a los mecanismos políticos y sociales que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, como el mercado laboral, el sistema educativo, y las instituciones políticas³⁴.

5. Nivel actual del conocimiento

Recopila la información disponible que podría ayudar a resolver determinada condición de salud, evaluando su aplicabilidad, en términos de su efectividad y eficiencia. La efectividad se define como la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de una tecnología médica en condiciones reales de aplicación, mientras que la eficiencia relaciona los beneficios obtenidos por la efectividad de la tecnología con los costos que supone obtenerlos. Este último es un concepto relativo que implica comparar con otras tecnologías.³⁵

6. Aspectos económicos

Debe incluir los siguientes criterios:

Costo de la omisión

Se refiere al costo derivado de la no atención oportuna de los problemas. Este costo puede ser sobre las personas, las familias, las comunidades y/o los servicios de salud. El costo de la omisión hace referencia explícita al costo que tiene no realizar en forma oportuna las acciones: cuánto cuesta no hacer. Entendiendo los costos en términos de desarrollo humano, social, familiar y para los sistemas de salud.

Evaluaciones económicas

Las evaluaciones económicas se definen como instrumentos para la elección entre intervenciones alternativas —entendidas estas como todo curso de acción dirigido a reducir riesgos en salud, a tratar daños u enfermedades, o aliviar las consecuencias de la enfermedad y la incapacidad subsecuente— buscando el uso más eficiente de los recursos. Básicamente, estas técnicas evalúan y comparan las ganancias en salud de diferentes intervenciones con sus costos. En general, implican el cálculo de una razón entre costos y ganancias en salud, que cuanto menor es, mayor prioridad debería darse a la intervención.⁴

Las metodologías más utilizadas son cuatro, que se nombran y definen a continuación:³⁶

1. **Análisis de costo-efectividad (ACE).** Consiste en calcular un cociente entre el costo económico de una intervención y la estimación de las ganancias esperadas en salud a partir de unidades naturales, como número de vidas salvadas o años de vida ganados, o con los AVAD. Esta metodología es muy similar al tradicional análisis de costo beneficio, con la diferencia que permite asignar un valor no monetario a las consecuencias de una intervención.
2. **Análisis de costo-utilidad (ACU).** Se puede considerar un caso particular del ACE, en donde se incorporan las preferencias de los individuos. En este caso lo que se evalúa es el costo por unidad de utilidad que el reporta a las personas determinados estados de salud generados por una intervención. La unidad de utilidad más utilizada es el QALY (años de vida ajustados por calidad).
3. **Análisis de costo-beneficio (ACB).** En esta metodología todos los costos incurridos y las consecuencias resultantes son evaluados en términos monetarios, a partir de lo cual se construye la razón de «costo-beneficio». Si bien el método es útil para comprar múltiples intervenciones en el campo de la salud y en relación a otros sectores (educación, transporte, etc.) presenta el desafío de valorar en unidades monetarias las ganancias en salud.
4. **Minimización de costos.** Es la única técnica que no implica el cálculo de una razón entre costos y ganancias en salud. La misma

consiste en determinar la alternativa menos costosa para lograr un determinado objetivo. Si bien es una técnica simple, la ganancia en salud de las distintas alternativas debe ser la misma.

Un elemento importante de toda evaluación económica, aparte de cómo se miden las ganancias en salud, está constituido por los costos de las intervenciones, ya que el alcance de los mismos afectará las conclusiones que puedan extraerse. Se puede optar por considerar solamente los costos directos de proveer los servicios de salud (insumos médicos y remuneración del recurso humano) o considerar definiciones más amplias, incluyendo los costos indirectos (el tiempo de espera de los usuarios y el costo del transporte).⁴

Ninguna evaluación es uniformemente mejor que otra y la elección de la misma depende de su capacidad para responder a los propósitos de lo que se desea evaluar. En la tabla a continuación se presenta un cuadro comparativo con las ventajas y desventajas de estas cuatro técnicas de evaluación económica.

Tabla 2. Metodologías de evaluaciones económicas: ventajas y desventajas

Metodología	Definición	Ventaja	Desventaja
Análisis de Costo-efectividad (ACE)	Es el método más utilizado para realizar evaluaciones económicas en salud. Determina las ganancias de diferentes intervenciones sanitarias comparándolas con sus costos, relacionando directamente las implicancias financieras y científicas de las mismas. Implica dividir los costos, en términos monetarios, por las ganancias en salud esperadas medidas en unidades naturales, como por ejemplo: nivel de presión arterial, número de vidas salvadas, años de vida ganados, años de vida ajustados por discapacidad (DALY)	<p>(1) El uso de una unidad natural para medir resultados hace que el ACE sea transferible a investigaciones en el campo del bienestar social.</p> <p>(2) Evita la necesidad de cuantificar en términos monetarios los resultados de una intervención.</p>	<p>(1) No puede utilizarse para hacer comparaciones entre intervenciones con resultados diferentes.</p> <p>(2) Es difícil capturar todos los efectos posibles de una intervención en un solo resultado.</p>

(continúa) ►

Metodología	Definición	Ventaja	Desventaja
Análisis de Costo-utilidad (ACU)	Se puede considerar como un caso especial de ACE, en donde se incorporan las preferencias de los individuos y la sociedad, en términos de nivel de satisfacción, bienestar o calidad de vida. La unidad de medida más utilizada es el QALY (años de vida ajustados por calidad), la cual implica el uso de ponderadores para ajustar la satisfacción en distintos estados de salud. Al igual que en el ACE, implica dividir los costos, en términos monetarios, por las ganancias en calidad de vida esperada.	(1) Permite incorporar los efectos de una intervención sobre la calidad y cantidad de años vividos.	(1) Es difícil capturar todos los efectos posibles de una intervención en un solo resultado. (2) Las escalas para medir utilidad han sido ampliamente criticadas. (3) Demandante en cuanto a la información necesaria y a su metodología
Análisis de Costo-beneficio (ACB)	Es un método de evaluación económica que requiere valorar en términos monetarios tanto los costos como los beneficios de una intervención, a partir de lo cual se construye un ratio de costo-beneficio.	(1) Permite comprar directamente los costos y beneficios de una intervención, observando cuál de ellos es mayor, sin la necesidad de buscar un elemento de comparación. (2) Permite comprar diversas intervenciones en el campo de la salud, y con otros sectores (por ejemplo, educación, defensa, infraestructura).	(1) Dificultades para valorar monetariamente los beneficios. (2) Dificultades para incluir todos los beneficios relevantes, como así también, de no contabilizar efectos adversos. (3) Utilizar tasas de descuento para valorar a valor presente los beneficios puede presentar dificultades conceptuales.
Análisis de Minimización de costos	Permite determinar la alternativa menos costosa para lograr un determinado objetivo	(1) Es relativamente más sencilla que las técnicas anteriores al comprar costos solamente, siendo el resultado el mismo.	(1) Es necesario que los resultados de las alternativas a analizar sean las mismas. (2) En la mayoría de los casos lo que interesa es saber si el beneficio adicional de una estrategia justifica su mayor costo, cuestión que no puede evaluar con este método.

Fuente: Adaptado de Vlassoff, M. Singh, S. Darroch, J., Carbone, E. y Bernstein, S. «Assessing Costs and Benefits of Sexual and Reproductive Health Interventions», en *Occasional Report n°11*, The Alan Guttmacher Institute, diciembre de 2004.

Flujo de financiamiento

Implica el conocimiento del financiamiento que se destina a la problemática de salud abordada, como así también, los principales agentes y agencias financiadoras.

7. Identificación de necesidades/demandas

En base a la información recopilada, identificar las necesidades/demandas que requieren respuesta.

II.2. ¿Cómo integrar todos estos elementos en una sola matriz?

Un instrumento que permite clasificar, organizar, presentar y analizar un amplio acervo de información al tiempo que identifica brechas de conocimiento y de acción para resolver un problema, intervenir o investigar sobre el mismo es la Matriz de Estrategias Combinadas (MEC). Esta matriz que originalmente fue descripta por el Global Forum³, con algunas modificaciones, podría ser útil para combinar los elementos antes descriptos de tal forma que se pueda presentar toda la información y luego en un proceso en el que participan los principales actores de la salud (tomadores de decisiones, financiadores, equipos de salud, usuarios, organizaciones de la sociedad civil, investigadores, entre otros) identificar intervenciones/prestaciones de servicios de salud sexual y reproductiva prioritarias.

La MEC ha demostrado ser factible, útil y válida para fijar prioridades. Estas aseveraciones se basan en investigaciones de los últimos cinco de años.^{21, 22, 37, 38} Estas publicaciones podrían sintetizarse en que:

1. La MEC es en sí mismo un **instrumento político**, que da base racional y ayuda al logro de consensos en procesos participativos que responden a una técnica.

2. La **construcción colectiva** de la agenda, a partir del debate interdisciplinario, intersectorial y comunitario, es facilitado por la MEC.
3. La MEC puede usarse en diferentes escenarios, problemáticas y con diferentes actores.
4. La MEC implica el uso de técnicas cuali-cuantitativas que favorecen la elaboración de **diagnósticos de situación** triangulados, que son mucho más completos que si solo se utilizara una de las técnicas.
5. En la MEC se realiza el análisis desde diferentes y múltiples dimensiones asociadas a la salud.

La MEC se conforma de un cuadro de doble entrada, en donde las dimensiones y áreas o componentes a priorizar son la base para organizar toda la evidencia disponible, cruzándola con una perspectiva institucional (Tabla 3). Esta perspectiva permite reflejar las preferencias, necesidades y demandas cuando se trata de la persona, la familia o la comunidad; las políticas, los planes y los programas del sector salud y otros sectores ajenos a la salud (como por ejemplo la existencia de leyes); y también las políticas macroeconómicas, que incluyen por ejemplo las políticas presupuestarias del Estado Nacional (críticas al momento de pensar un paquete de prestaciones, ya que del flujo de financiamiento depende el poder garantizar las mismas) o el impacto de acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reglamentaciones sobre la propiedad intelectual y patentes, entre otras (ver Tabla 3).

Si bien la MEC ha resultado una técnica factible de ser completada y entendida en todas sus dimensiones, permitiendo un proceso de priorización confiable, repetible y reproducible, esto no implica que sea así en cualquier situación. Al respecto, siempre es aconsejable validar y adaptar las técnicas a las necesidades y realidades locales.

La definición e identificación de prioridades involucra esfuerzos políticos y técnicos complejos, por lo que se reconoce que la priorización debe ser un proceso transparente que permita entender la forma en que estos esfuerzos entran en juego y definen una prioridad. La priorización implica además que se definan y ordenen unas dimensiones y que este orden sea armónico con la realidad según una variedad de criterios. Estos criterios deben servir para establecer prioridades relacionadas con al menos tres aspectos: las dimensiones de la salud (eventos, riesgos, determinantes), con las intervenciones

Tabla 3. Matriz de estrategia combinada

		Dimensión Prioritaria			
		Área o Componente			
		Perspectiva institucional			
		El individuo, la familia y la comunidad	El Ministerio de Salud y otras instituciones de la salud	Otros sectores fuera de la salud	Políticas macroeconómicas
Estado de situación	Magnitud				
	Carga de enfermedad				
	Carga oculta				
	Muerte evitable				
	Inequidad				
Determinantes					
Nivel actual del conocimiento					
Aspectos económicos	Costo de la omisión				
	Evaluaciones económicas				
	Flujo de financiamiento				
Identificación de necesidades / demanda					

Fuente: Adaptación del Global Forum for Health Research, helping correct the 10/90 gap. The Combined Approach Matrix, a priority-setting tool for health research. Edited by Abdul Ghaffar, Andres de Francisco, Stephen Matlin, junio de 2004.

(soluciones: estrategias, atenciones) y con las dimensiones de la gestión en salud (misionales y de apoyo). Estos tres aspectos tienen que ver con la «cadena de resultados» que se buscó por ejemplo a través del Plan Decenal en Colombia y que supone al menos: generar impactos (transformar la calidad de vida), efectos (cambiar las instituciones, las personas, los hogares, la sociedad) y generar productos y actividades (procesos, equipos, talento humano, suministros, sistemas de información).³⁹

En tanto el proceso de priorización es técnico y político, los criterios con base en los cuales se construye la matriz responden también a estos dos universos. En cuanto a los criterios técnicos, en salud se utilizan una amplia gama siendo los más comunes, la carga de enfermedad, la evitabilidad de la mortalidad, la factibilidad de las intervenciones y/o prestaciones (es decir, la viabilidad según existencia y garantía de recursos financieros, de recursos humanos y de tecnologías disponibles), la efectividad y el denominado criterio histórico según el cual las prioridades se establecen en función de lo que las instituciones vienen haciendo regularmente en el campo por largos períodos de tiempo.

En cuanto a los criterios políticos, los más comunes son los compromisos políticos con temas o sectores. La participación social (que genera mayor o menor consenso frente a unos u otros temas) puede verse reflejada en grupos que se organizan y tienen capacidad para ejercer presión y lograr un lugar en la agenda pública para los temas que les afectan como colectivos), los marcos normativos nacionales y los compromisos internacionales.

Un análisis de la experiencia de priorización en Ghana muestra como lo técnico y político se combinan para generar una prioridad que no necesariamente responde a la evidencia disponible. Esta experiencia mostró que aun cuando la evidencia epidemiológica y de costo-efectividad (criterio técnico) daba como prioridad el cáncer de cérvix frente al cáncer de mama, este último fue el priorizado. Este resultado muestra la importancia del contexto en cuál se aplican las políticas, ya que dada la construcción social del cáncer de cérvix, la disponibilidad de datos y la situación política e influencias transnacionales (criterio político), dieron prioridad a una problemática que no se condecía con los resultados de los métodos técnicos de priorización utilizados.⁴⁰

II.3. ¿Cómo aplicar la matriz?

A continuación se listan una serie de actividades que pueden ayudar a completar la matriz. En el caso en que alguna de ellas no aplique o no se pueda realizar se debería dejar constancia para poder hacer lo más explícito y objetivo posible el proceso de fijación de prioridades³:

1. Estimar la magnitud (frecuencia y gravedad) del componente específico a priorizar.

2. Estimar la carga para cada una de las principales enfermedades y sus factores de riesgo.
3. Alimentar la matriz con la información disponible proveniente de encuestas de demografía y salud, encuestas de hogar, registros de consulta y hospitalización, estadísticas vitales, etc. Publicaciones, informes técnicos de organismos internacionales o nacionales.
4. Identificar la información sobre las necesidades y/o demanda de prestaciones de servicios.
5. Recopilar las leyes, normas o protocolos existentes sobre el tópico a priorizar
6. Revisar los flujos de financiamiento involucrados en garantizar las prestaciones de manera universal o focalizada
7. Reunir las instituciones y personas influyentes en el país con conocimiento particular sobre los temas. Se trata de garantizar la participación de aquellos que tienen experiencia y conocimiento sobre el tema a abordar y debatir sobre la base de la información recopilada y descripta en la matriz.
8. Comparar las prioridades identificadas y llegar a una lista final en los distintos campos.
9. Distribuir estas prioridades entre las instituciones financiadoras.

Una manera de planificar estas actividades es a través de un cronograma que determine un tiempo para cada una de ellas teniendo como hito la realización de un taller, en el que los referentes en la temática se reúnan a debatir y priorizar (actividad 7 y 8). Previo al taller se deberán realizar las actividades de 1 a 6 que se pueden resumir en dos objetivos:

- a. Identificar los referentes en la temática a trabajar para luego seleccionar un coordinador temático cuyo liderazgo y experiencia permita relevar posibles asesores y comprometer la participación de todos los invitados. Otros actores a considerar son los expertos cuya selección puede realizarse mediante una búsqueda electrónica en Medline y Lilacs en función de sus publicaciones. Asimismo, pueden convocarse invitados especiales, es decir, personas que trabajan en ONG's, sociedad civil y sociedades científicas con experiencia en el campo temático seleccionado.

- b. Relevar de manera sistemática la información nacional e internacional sobre magnitud, carga de enfermedad, determinantes, estado del conocimiento sobre la costo-efectividad de las distintas intervenciones/prestaciones de prevención y tratamiento para las problemáticas sanitarias seleccionadas.

La etapa taller (actividad 7 y 8) sirve para el debate y proceso de priorización por consenso. La participación activa de los asistentes al taller es fundamental. Por esto, se sugiere el trabajo en pequeños grupos para generar consenso sobre las prestaciones a incluir en el paquete. Estas sesiones grupales podrían organizarse a partir de una adaptación del método Delphi⁴¹ que facilita la comunicación y la discusión grupal con el fin de alcanzar una síntesis a través de la interacción entre los participantes, entre los cuales deberían incluirse expertos, representantes de organizaciones, profesionales de la salud y miembros de la comunidad. La dinámica de la actividad debe respetar la heterogeneidad, aceptar el disenso y no obturar las diferencias.

Luego del taller se deberá elaborar un resumen ejecutivo que presente por un lado el estado del arte de la enfermedad, factor de riesgo o problemática sanitaria tratada con todas las características presentadas en la matriz, así como también las prestaciones priorizadas a partir del consenso logrado en el taller. Luego, este documento debe remitirse a todos los participantes para efectuar observaciones/correcciones a ser incorporadas en la versión final.

Finalizado este proceso se deberá publicar el resumen ejecutivo para difundir las prioridades fijadas por consenso entre las instituciones financiadoras, la comunidad científica, los tomadores de decisión y las organizaciones de la sociedad civil.

Capítulo III.



Comentarios finales y recomendaciones

Cada vez que se pretenda definir un paquete de intervenciones/ prestaciones en SSR no puede desconocerse el informe del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su Observación General N° 14 detalla cuatro características del derecho a la salud que se encuentran interrelacionadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Todos y cada uno de ellos son importantes pero según el informe el más crítico se refiere a la accesibilidad de los servicios de salud. El Comité estableció que la misma presenta cuatro dimensiones que se superponen:⁴²

1. La dimensión de la no discriminación que implica el acceso en condiciones de equidad a los servicios de salud de hecho y de derecho.
2. La dimensión física implica que los servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población. Involucra también que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua potable y los servicios sanitarios adecuados,

se encuentren a una distancia geográfica adecuada, incluso en lo que se refiere a zonas rurales.

3. La dimensión económica comprende que los servicios deben estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de salud y servicios relacionados son factores determinantes de la salud que deben basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios estén al alcance de todos. Asimismo, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en lo que refiere a gastos en salud, en comparación con los hogares más ricos.
4. La dimensión del acceso a la información, que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas de las cuestiones relacionadas con la salud.

Esto implica que en políticas garantistas del derecho a la SSR el Estado debe implementar acciones deliberadas, concretas y claras para asegurar el acceso a los servicios en las cuatro dimensiones mencionadas anteriormente.

Otro antecedente relevante son los siete principios que guiaron la definición del paquete de intervenciones recomendadas por OMS:⁴³

1. Asegurar el acceso universal a la planificación familiar, el aborto seguro y los servicios de salud a madres, recién nacidos y niños, con especial atención a las necesidades de los grupos con mayores necesidades y más vulnerables.
2. Participación de las mujeres y la comunidad en los programas.
3. Integración de los servicios de salud sexual y reproductiva, atención de la madre, el recién nacido y el niño, y prevención y tratamiento del HIV.
4. Promover la justicia social y la reducción de la pobreza para enfrentar las inequidades en salud.
5. Facilitar el respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos de mujeres, hombres, adolescentes, recién nacidos y niños.
6. Respetar los valores básicos de elección, dignidad, diversidad y equidad.
7. Promover la sensibilidad cultural y de género.

Estos paquetes de intervenciones contruidos en base a los estándares de la OMS, pueden ser adaptados e implementados de acuerdo a las necesidades y capacidades de cada contexto. Pueden ser utilizados a nivel nacional y sub-nacional para establecer normas, desarrollar guías, como así también apoyar el diseño de planes de formación de profesionales a cargo de los servicios de salud reproductiva y atención de la madre, los recién nacidos y los niños. Se espera también que este paquete de intervenciones asista en la implementación de las intervenciones prioritarias identificadas y fortalecer los sistemas que proveerán las mismas.⁴³

A medida que las técnicas de priorización van avanzando, los procesos se vuelven menos técnicos y más interpretativos. Los primeros hacen referencia al uso de instrumentos más cuantitativos (como los estudios de carga de enfermedad y de costo-efectividad) con la dificultad de desestimar los supuestos y juicios de valores que los mismos implican. Esto es el reflejo de los primeros intentos de priorización, los cuales estaban enmarcados en una ideología neoliberal, reflejada en el Consenso de Washington, que buscaba la eficiencia por sobre la equidad. Por el contrario, los procesos interpretativos se destacan por su capacidad de combinar diferentes supuestos y objetivos. Si bien utilizan datos cuantitativos, se basan más en los juicios subjetivos expresados a partir de un ejercicio estructurado de debate y construcción de consensos.

Este último punto de particular importancia dado que la fijación de prioridades para definir paquetes de prestaciones de servicios requiere de un instrumento político, que da base racional y ayude al logro de consensos en procesos participativos que respondan a una técnica. Es importante, a su vez, que todos los actores se encuentren representados, ya que las perspectivas de cuáles son los problemas son muy variables dependiendo el lugar que cada uno ocupe.²

Los lineamientos conceptuales y metodológicos planteados en este documento deben tomarse como un elemento más para continuar analizando e investigando en diversas metodologías que permitan dar cuenta de los potenciales impactos de las intervenciones en SSR, como así también continuar trabajando en la adaptación y validación de la matriz propuesta a las realidades de los distintos países de la región. El desafío está en que en la fijación de prioridades no hay una *regla de oro* o la respuesta correcta para cada caso en particular.



Referencias bibliográficas

- 1 Sutton, R.: *The Policy Process: An Overview*, Overseas Development Institute, documento de trabajo 118, 1999. Disponible en: <http://www.odi.org.uk/resources/download/1868.pdf>.
- 2 Lomas, J.: «On being a good listener: setting priorities for applied health services research», en *The Milbank Quarterly*, vol. 81, nº 3, 2003.
- 3 Ghaffar, A; de Francisco, A y Matlin, S.: *Helping correct the 10/90 gap. The Combined Approach Matrix, a priority-setting tool for health research*, Global Forum for Health Research, 2004. Disponible en: http://extranet.who.int/iris/bitstream/123456789/121/1/GFHR_CAM_eng.pdf.
- 4 Jamison, D.; Breman, J.; Measham, A.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D.; Jha, P.; Mills, A. y Musgrove, P. (eds.): *Priorities in health*, Oxford University Press y Banco Mundial, 2006. Disponible en: <http://files.dcp2.org/pdf/PIH/PIHFM.pdf>.
- 5 International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA): <http://www.inahta.org/HTA/>.

- 6 Rodríguez Sedano, A. y López de Pedro, J. M.: «El concepto de necesidad en la prestación de servicios», en Doménech Melè (coord.), *Ética en dirección comercial y publicidad*, Pamplona, Eunsa, 1998, págs. 103-116.
- 7 Tobar F. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina, 2001. Disponible en http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf
- 8 Singh, S.; Darroch, J.; Vlassoff, M. y Nadeau, J.: *Adding it up the Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, The Alan Guttmacher Institute, UNFPA, 2003.
- 9 Cochrane AL: Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios, Barcelona, Asociación Colaboración Cochrane Española, 2000.
- 10 COHRED: *Priority Setting for Health Research: Toward a management process for low and middle income countries*, documento de trabajo 1, 2006. Disponible en: http://www.cohred.org/downloads/cohred_publications/WP1_PrioritySetting.pdf
- 11 Viergever, R.: *Health Research Prioritization at WHO. An overview of methodology and high level analysis at WHO led health research priority setting exercises*, WHO, 2010. Disponible en: http://www.who.int/rpc/publications/Health_research_prioritization_at_WHO.pdf
- 12 BM: *World Development Report 1993: Investing in Health*, 1993. Disponible en: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/1993/06/01/000009265_3970716142319/Rendered/PDF/multi0page.pdf
- 13 Mathers, C.; Bernard, C.; Moesgaardlburg, K.; Inoue, M.; Ma Fat, D.; Shibuya, K.; Stein, C.; Tomijima, N. y Xu, H.: *Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results*, Global Programme on Evidence for Health Policy, documento de trabajo nº 54, OMS, 2003. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>.
- 14 OMS: *Global Burden of Disease 2004 update*. 2004. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- 15 Jamison, D.; Breman, J.; Measham, A.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D.; Jha, P.; Mills, A. y Musgrove, P. (eds.): *Disease Control Priorities*, Oxford

University Press y Banco Mundial, 2006, segunda edición. Disponible en: <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCPFM.pdf>.

- 16 López, A.; Mathers, C.; Ezzati, M.; Jamison, D. y Murray, C. (eds.): *Global Burden of Disease and Risk Factors*, Oxford University Press y Banco Mundial, 2006. Disponible en: <http://files.dcp2.org/pdf/GBD/GBDFM.pdf>.
- 17 Ocampo, J.: *Más allá del Consenso de Washington: una agenda de desarrollo para América Latina*, Serie Estudios y Perspectivas n° 26, CEPAL, 2005.
- 18 OMS: *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos n° 1, julio de 2002. Disponible en: <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>.
- 19 Torres Manrique, J.: Reflexiones sobre la importancia del valor público, 2010. Disponible en <http://www.gestiopolis.com/economia-2/reflexiones-sobre-la-importancia-del-valor-publico.htm>.
- 20 COHRED. *Priority Setting for Research for Health. A Management Process for countries*. Agosto de 2010. Disponible en: http://www.cohred.org/downloads/Priority_Setting_COHRED_approach_August_2010.pdf.
- 21 Sonis, A.; Ortiz, Z.; Abriata, G.; Barbieri, M. E.; Bardach, A.; García Dieguez, M.; Olmos, M. A. y Pecheny, M.: «Metodologías de fijación de prioridades en la selección de investigaciones», en *Boletín Academia Nacional de Medicina*, vol. 85, n° 2, 2007, págs. 139-153.
- 22 De Franciso, A. (ed.): *Experiencias en la aplicación de la matriz combinada en países de América Latina*, Global Forum for Health Research, 2009. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/imatriz32188.pdf>.
- 23 FISA: *Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbilidad materna*, Comisión Nacional Salud Investiga-Ministerio de Salud de la Nación, 2007. Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/policy-brief/Morbimortalidad_materna.pdf.
- 24 Rudan, I.; Kipiriri, L.; Tomlinson, M.; Balliet, M.; Cohen, B. y Chopra, M.: «Evidence-based priority setting for health care and research: tools to support policy in maternal, neonatal, and child health in Africa», en *PLoS Med*, vol. 7, n° 7, 2010. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000308>.

- 25 Hyder, A.; Liu, L.; Morrow, R. y Ghaffar, A.: *Application of Burden of Disease Analyses in Developing Countries. Implication for policy, planning and management of health systems*, Global Forum for Health Research, 2006.
- 26 Allotey, P. y Reidpath, D.: *Objectivity in priority setting Tools in reproductive Health: context and the DALY*, *Reproductive Health Matters*, vol. 10, nº 20, 2002, págs. 38-46.
- 27 AbouZahr, C. y Vaughan, J.: «Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: questions regarding the use of disability-adjusted life years», en *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, nº 5, 2000.
- 28 Anand, S. y Hanson, K.: *DALYs: efficiency versus equity*, en *World Development*, vol. 26, nº 2, 1998, págs. 307-310.
- 29 Anand, S. y Hanson, K.: «Disability-adjusted life years: a critical review», en *Journal of Health Economics*, nº 16, 1997, págs. 685-702.
- 30 Pinto Masís, D.: *Enfoques analíticos que sustentan procesos de priorización y asignación de recursos para la SSR. Revisión de literatura*. Proyecto «Entorno político habilitado para integrar la salud sexual y reproductiva en las políticas públicas», UNFPA, 2010.
- 31 Gómez-Arias, R.; Nolasco Bonmatí, A.; Pereyra-Zamora, P.; Arias-Valencia, S.; Rodríguez-Ospina, F. y Aguirre, D.: «Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia», en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 26, nº 5, 2009, págs. 385-397.
- 32 Rutstein, D.; Berenberg, W.; Chalmers, T.; Child, C.; Fishman, A. y Perrin, E.: «Measuring the quality of medical care: a clinical method», en *New England Journal of Medicine*, vol. 294, 1976, págs. 582-588.
- 33 Organización Mundial de la Salud: *Determinantes Sociales de la Salud*, Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- 34 González Vélez, A. C. (coord.): *Causal salud. Interrupción legal del embarazo. ética y derechos humanos*, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, agosto de 2008. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/35862749/libroCausalSalud>.
- 35 Oetún Rubio, V. y Rodríguez Artalejo, F.: «De la efectividad clínica a la eficiencia social», en *Medicina Clínica*, Barcelona, vol. 95, 1990, págs. 385-388.

- 36 Vlassoff, M.; Singh, S.; Darroch, J.; Carbone, E. y Bernstein, S.: *Assessing Costs and Benefits of Sexual and Reproductive Health Interventions*, Occasional Report n° 11, The Alan Guttmacher Institute, diciembre de 2004.
- 37 Ramos, S.; Ortiz, Z.; Olmos, M. y Kochen, S.: *Health research priorities in Argentina: how to get them funded?*, Forum 11, Beijing, China, octubre de 2007.
- 38 Barbieri, M. E.; Anciola, J.; Touris, C.; Capriati, A.; Camarotti, A. C. y Ortiz, Z.: *Setting Research Priorities in Argentina: Lessons Learned*, Forum 2009, La Habana, noviembre de 2009.
- 39 González Vélez, A. C.; Ruiz, I. C. y Mora, M. E.: Estableciendo prioridades: los no negociables del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022.
- 40 Mayhew, S. H. y Adjei, S.: «Sexual and reproductive health: challenges for priority-setting in Ghana's health reforms», en *Health Policy and Planning*, supl. 1, octubre de 2004, págs. 50-61.
- 41 Linstone, H. y Turoff, M.: *The Delphi Method: Techniques and Applications*. 2002. Disponible en <http://is.njit.edu/pubs/delphibook/>.
- 42 Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: *Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>.
- 43 Organización Mundial de la Salud: *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health*, 2010. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_10_06/en/index.html.

ISBN 987247964-X



9 789872 479640