

Tabla 1. **Criterios para evaluar las condiciones de salud-enfermedad**

Criterio	Definición	Niveles	Clase	Fuente
Carga de enfermedad	Este criterio hace referencia a la noción de cuán enferma está una población, lo cual depende del tipo de condición, la frecuencia de ocurrencia en la población, el grado de discapacidad que genera y cuánto acorta la vida en relación con su esperanza de vida en una jurisdicción determinada. Esta carga se mide a través de la métrica Años de Vida ajustados por discapacidad o AVADs.	<p>Alta: La condición de salud se encuentra dentro del percentil 80 (condiciones de salud que acumulan el 80% de la carga de enfermedad).</p> <p>Media: La condición de salud se encuentra entre el percentil 80 y el percentil 95 de la carga de enfermedad restante.</p> <p>Baja: La condición de salud se encuentra encima del percentil 95 de la distribución de carga de enfermedad (5% de la carga de enfermedad restante).</p>	Cuantitativo	GBD (2019). Institute for Health Metrics and Evaluation.
Inequidad en acceso	Este criterio se define como la desigualdad territorial en la disponibilidad de servicios en relación con las necesidades de la población en dicha región (Adaptado del marco conceptual de Frenk, 1985; Donabedian, 1988).	<p>Media o baja: La oferta para implementar la línea de cuidado está disponible en todo el país y NO hay una importante desigualdad de acceso efectivo de la población por regiones.</p> <p>Alta: La oferta disponible para implementar la línea de cuidado NO está disponible en todo el país y HAY una importante desigualdad de acceso efectivo de la población por regiones.</p>	Cualitativo	Consenso entre expertos informado por indicadores de acceso a prestaciones trazadoras por regiones estimados desde registros disponibles.
Severidad de la condición de salud	Se define la severidad como el grado en que la condición disminuye la expectativa de vida o disminuye la calidad de vida relacionada con la salud de un individuo en un período definido de tiempo desde el momento del diagnóstico.	<p>No severa: La muerte y/o la falla de al menos un sistema se da en más de 5 años desde el diagnóstico.</p> <p>Severa: La muerte y/o la falla de al menos un sistema se da entre 2 años y 5 años desde el diagnóstico.</p> <p>Muy severa: La muerte y/o la falla de al menos un sistema se da en 2 años o menos desde el diagnóstico.</p>	Cualitativo	Informado por indicador de letalidad obtenido de la literatura especializada.
Magnitud del beneficio clínico: Beneficio que genera la LdeC al individuo	Se define como el beneficio que genera la línea de cuidado sobre el individuo que la requiere en términos de incremento en la esperanza de vida y/o calidad de vida.	<p>Bajo: La esperanza de vida (EV) mejora en menos de 5 años y NO mejora la calidad de vida O solo reduce complicaciones menores no invalidantes o con poco impacto en la calidad de vida</p> <p>Medio: La esperanza de vida (EV) se incrementa menos de 5 años y mejora la calidad de vida</p> <p>Alto: La esperanza de vida (EV) se incrementa en más de 5 años</p>	Cualitativo	Consenso entre expertos informado por indicadores de acceso a prestaciones trazadoras por regiones estimados desde registros disponibles.

Fuente: elaboración propia en base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS).

- Definición de pesos para cada uno de los criterios** de evaluación, de acuerdo a preferencias de los actores involucrados. Se decidió adoptar el método de descomposición para obtener los pesos de cada uno de los criterios. En particular, se decidió adoptar el método PAPRIKA, método particularmente diseñado para el desarrollo de ejercicios de MCDA (Hansen & Ombler, 2008) que se basa en que los participantes o tomadores de decisión expresen sus preferencias con respecto a la importancia relativa de los criterios o atributos de interés para la decisión o elección en cuestión, comparando (o clasificando) alternativas por pares (Hansen, 2008).

Tabla 2. **Resultado de ponderación de los criterios**

Criterio	Peso normalizado
Carga de enfermedad	0,290
Severidad de la condición de salud	0,214
Inequidad en el acceso	0,167
Magnitud del beneficio clínico	0,329

Fuente: elaboración propia en base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS).

- Cálculo de las puntuaciones agregadas** para cada una de las alternativas consideradas. Teniendo en cuenta las limitaciones inherentes a cualquier proceso de agregación de preferencias, se determinó la necesidad de emplear la técnica de agregación matemática, la utilizada con mayor frecuencia para este tipo de procesos.
- Interpretación de resultados.** La tabla ofrecida a continuación presenta las primeras 20 condiciones de salud-enfermedad priorizadas. Para cada una se incorporó el valor correspondiente a cada criterio y el ranking obtenido. El primer lugar en la priorización fue ocupado por el problema de salud VIH/SIDA que, con una carga de enfermedad de salud de 102.488 AVADS, fue considerado muy severo, altamente inequitativo y con un abordaje con beneficio elevado. Los cánceres más prevalentes y severos y las enfermedades cardio-renales metabólicas ocuparon los primeros lugares en el ranking. El listado completo de problemas de salud priorizados se presenta en el Anexo I del presente documento.

Tabla 3. **Primeros 20 puestos del ranking con metodología MCDA**

Problema de salud GBD 2019 3er nivel	Carga de enfermedad	Severidad	Inequidad en acceso	Beneficios individuales
1. VIH/SIDA	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio alto
2. Cáncer de colon y recto	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio alto
3. Tuberculosis	Media	Muy severa	Alta	Beneficio alto

4. Infecciones respiratorias inferiores	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto
5. Cáncer de mama	Alta	Severa	Alta	Beneficio alto
6. Cáncer de cuello uterino	Alta	Severa	Alta	Beneficio alto
7. Cáncer de próstata	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
8. Leucemia	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
9. Enfermedad cardíaca isquémica	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto
10. Accidente cerebrovascular	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
11. Enfermedad cardíaca hipertensiva	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto
12. Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
13. Violencia	Media	Muy severa	Alta	Beneficio alto
14. Trastornos neonatales	Alta	Severa	Alta	Beneficio medio
15. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio bajo
16. Cáncer de riñón	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio
17. Linfoma no Hodgkin	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio
18. Cáncer de estómago	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio bajo
19. Cáncer de hígado	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio
20. Cáncer de vesícula biliar y del tracto biliar	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio

Fuente: elaboración propia en base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS).

Componente 2

Este componente involucra el proceso de establecimiento del universo de líneas de cuidado para cada condición de salud - enfermedad, la identificación de prestaciones asociadas a cada una de las líneas de cuidado seleccionadas en la etapa previa, la priorización de dichas prestaciones en base a criterios clínicos, de eficacia, costo-efectividad, accesibilidad y equidad, y, por último, el costeo del Plan de Beneficios de Salud.

Esta etapa requirió del desarrollo consensuado de una metodología común de identificación y priorización de prestaciones de la que participaron las áreas sustantivas de este Ministerio y la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Excelencia Clínica (CONETEC) como base para la construcción progresiva de las canastas prestacionales definitivas y sus respectivos costos de cobertura. En este sentido, la implementación de las etapas desarrolladas a continuación tendrá un desarrollo progresivo vinculado a la concreción de la metodología estipulada.

Etapa 4: identificación no excluyente de líneas de cuidado por condición de salud-enfermedad

Una vez identificadas y priorizadas las condiciones de salud-enfermedad, se definen las líneas de cuidado vinculadas a cada condición. Una línea de cuidado es un conjunto de prestaciones que se considera que deben ser cubiertas para garantizar la atención de un problema o situación de salud a una población específica, según los protocolos establecidos. Para el universo de condiciones de salud-enfermedad identificado en la Etapa 2, fue necesario desagregar los procesos de atención que pudiesen requerir cada una de ellas, teniendo en cuenta que una condición de salud-enfermedad puede contener más de un proceso asociado.

Las fuentes de información utilizadas como referencia para la identificación de cada línea de cuidado por condición de salud-enfermedad son:

1. Desagregaciones de cuarto nivel para los problemas de salud del GBD;
2. Desagregaciones de tercer o cuarto nivel para los factores de riesgo del GBD;
3. Guías de Práctica Clínica (GPC) de alta calidad, de acuerdo a la herramienta AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) (Consortium, 2009), tanto nacionales como internacionales;
4. Otras definiciones de procesos asistenciales como protocolos, algoritmos, vías clínicas o procedimientos; y
5. Consenso de expertos.

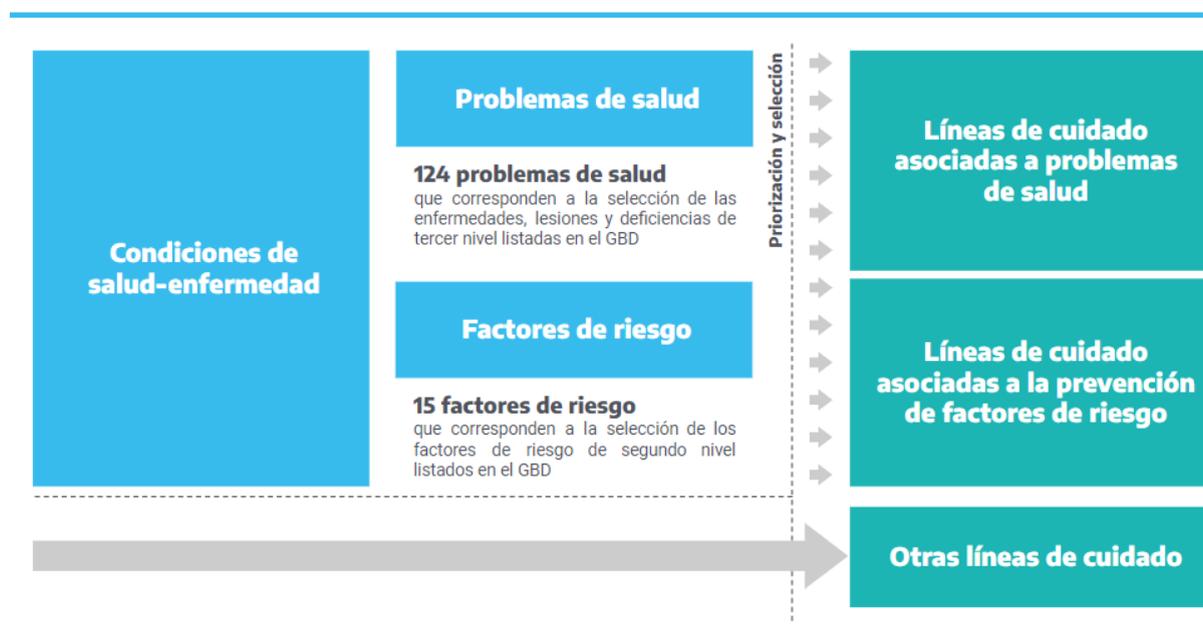
Estas fuentes de información se utilizan, a su vez, para la identificación del universo de prestaciones por línea de cuidado, como se detalla en la etapa subsiguiente (Etapa 5).

Por su parte, las líneas de cuidado se agrupan siguiendo un enfoque sanitario, como se resume en la Figura 8. Debido a la elevada carga técnica requerida para traducir la totalidad de las condiciones de salud-enfermedad a líneas de cuidado, el proceso se desarrolla en dos

fases. La primera de ellas ya fue completada y se abocó a identificar líneas de cuidado para 58 problemas de salud y 15 factores de riesgo; en una segunda fase se abordarán los problemas restantes a fin de completar la traducción del universo de condiciones de salud-enfermedad priorizado en la etapa precedente.

En la primera fase, se identificaron un total de 86 líneas de cuidado correspondientes con problemas de salud priorizados (GBD de tercer nivel). A este conjunto se le agregaron 8 líneas de prevención, diseñadas en base a los 15 factores de riesgo priorizados (GBD de segundo nivel), de acuerdo a la selección de la Etapa 2 mencionada con anterioridad. Además, se incorporó una línea vinculada a enfermedades poco frecuentes. Por último, se adicionaron tres líneas transversales no asociadas directamente a condiciones de salud-enfermedad: la línea de promoción de la salud, la línea atención de la emergencia y la línea de cuidados paliativos. El detalle de las líneas de cuidado mencionadas correspondientes a la primera fase de la Etapa 4, contabilizando 98 líneas de cuidado, se presenta en el Anexo III.

Figura 8. **Identificación de líneas de cuidado**



Fuente: elaboración propia.

Etapa 5: identificación del universo de prestaciones por línea de cuidado

Con el objetivo de identificar el universo de prestaciones asociadas a cada línea de cuidado, se tomaron como referencia, en primer término, Guías de Práctica Clínica de alta calidad, de acuerdo a los parámetros establecidos por la herramienta "Evaluación de Guías para Investigación y Evaluación II" (o AGREE II, por sus siglas en inglés, Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II). Las GPC de alta calidad desarrolladas en nuestro país representaron la primera opción. Cuando no estuvieron disponibles, se recurrió a GPC de alta calidad desarrolladas en otros países. En ausencia de estas, se consideraron otros instrumentos de protocolización de procesos asistenciales, como protocolos, algoritmos, vías clínicas, procedimientos o, en última instancia, consensos de expertos.

En el marco de la definición del universo de prestaciones, se caracteriza y estructura a cada una de ellas de acuerdo a un conjunto de campos, tal como se resume en la Tabla 4.

Para cada línea de cuidado se incluyó la definición explícita del problema de salud abordado y su población base (es decir, aquella población potencialmente vinculable a la línea de cuidado).

Luego, se describen las etapas de atención de la prestación abordada. Dichas etapas son:

- **Prevención:** involucra las acciones preventivas de corte individual relacionadas con el problema de salud en cuestión (ej. brindar consejería sobre alimentación saludable).
- **Diagnóstico:** se refiere a todas aquellas prestaciones necesarias para alcanzar un diagnóstico de la situación de salud (sospecha y confirmación diagnóstica) y su posterior estadificación (ej. estadios de cáncer o daño de órgano blanco en diabetes mellitus). Asimismo, se consideran las prestaciones necesarias para el diagnóstico de problemas de salud fuertemente relacionados con el diagnóstico actual (ej. detección de infecciones de transmisión sexual en pacientes VIH+).
- **Tratamiento:** involucra todos aquellos bienes o servicios requeridos para un tratamiento integral de la persona.
- **Seguimiento y control:** refiere a las pautas de seguimiento y control (fundamentalmente en patologías crónicas), que involucra consultas, procedimientos diagnósticos y detección de complicaciones evolutivas en tiempo y forma.

Una vez establecidas las etapas de la prestación se procede a la descripción de los distintos campos con el nivel de detalle establecido en la fuente de información de referencia. También se especifica la población objetivo y sus indicaciones de uso, su cantidad normativa (dosis máxima de fármacos, número de consultas, prácticas, etc) y su periodicidad y frecuencia (si correspondiera) con el objetivo de determinar su tasa de uso.

En caso de que la GPC explicita la cantidad recomendada para cada prestación, esta es la que se informará en su campo correspondiente. Si éstas cantidades no son explicitadas en la GPC de referencia, se recurrirá a otra fuente de información de calidad, de acuerdo a lo descrito en la etapa anterior.

Finalmente, se define la clasificación de la priorización de cada prestación, utilizando como base la fuente de información seleccionada; de manera que se dividan en prestaciones que se incorporan a la canasta prestacional (prestaciones SI-SI), prestaciones en las que hay cierto consenso de no ser incorporadas (NO-NO) y prestaciones que requieren evaluación por CONETEC para su inclusión o exclusión definitiva (ver Etapa 6).

Tabla 4. **Estandarización de campos de prestaciones**

Campo	Detalle	Ejemplo
Línea de Cuidado	Nombre de la línea de cuidado.	Hipertensión arterial.

Descripción	Explicación de la naturaleza y el alcance de la línea de cuidado.	Hipertensión arterial esencial.
Población Base de LdC	Población potencialmente vinculable a la línea de cuidado.	Población mayor de 18 años.
Etapas	Estructuración de acuerdo con el momento o etapa en la atención. Se divide en prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento y control.	Diagnóstico.
Prestación	Nombre de la prestación.	Electrocardiograma.
Descripción	Explicación de la naturaleza y el alcance de la prestación.	ECG de 12 derivaciones.
Población Objetivo	Subgrupo poblacional susceptible de recibir la prestación.	Población mayor de 18 años con HTA.
Indicaciones de Uso	Condiciones específicas para las cuales se contempla la prestación, incluyendo poblaciones específicas dentro de la población objetivo.	Todo paciente con diagnóstico de hipertensión arterial.
Cantidad	Valor numérico o medida de una magnitud específica. Refiere a dosis máxima en el caso de medicamentos o número en el caso de otros bienes no medicamentosos y servicios (consultas y prácticas).	1
Frecuencia / periodicidad	Repetición (frecuencia) de la prestación en un intervalo de tiempo específico (periodicidad).	Anual.
Priorización	Resultado del proceso de Triage estipulado en la Etapa 6.	Si-Si
Fuente	Fuente de información de referencia para la caracterización de la prestación.	GPC HTA 2019, MSAL.
Observaciones	Comentarios adicionales no contenidos en los campos anteriores.	-

Fuente: elaboración propia.

Por último, en concordancia con el enfoque desarrollado con anterioridad, se adopta una perspectiva basada en el curso de vida. Por ello, esta fase implica un proceso de definición y validación por parte de las diversas áreas sustantivas del Ministerio de Salud vinculadas a cada una de las líneas de cuidado en las que se inscriben las prestaciones mencionadas. A través de una guía de validación, las áreas evalúan cada una de las prestaciones que componen a la línea de cuidado en sus distintas etapas, partiendo de las fuentes de información tomadas como referencia para identificar el universo de prestaciones por línea de cuidado, además de su descripción, población objetivo, indicaciones de uso, cantidad, frecuencia/periodicidad y priorización.

Esta etapa requiere de un proceso de definición y validación de las distintas áreas sustantivas del Ministerio de Salud asociadas a cada una de las líneas de cuidado.