

Etapa 6: priorización de prestaciones por línea de cuidado

El proceso de evaluación de acuerdo al marco de valor y al procedimiento establecido para la evaluación de tecnologías de salud⁷, del conjunto de prestaciones contenidas en el universo definido en la etapa anterior se consideró impracticable, considerando las implicancias de la realización de miles de evaluaciones de tecnologías sanitarias en términos de recursos humanos y temporales. En tal sentido, en los últimos años la literatura ha dirigido su atención hacia la priorización de la evaluación y la identificación de procesos abreviados como un enfoque para agilizar la selección de tecnologías en un tiempo reducido, haciendo uso de información internacional disponible (Nemzoff C et al., 2023). Este enfoque busca dinamizar y flexibilizar los procesos de evaluación tecnológica, adaptándose a restricciones locales, basándose en evidencia internacional previa validada y adaptable a contextos locales. La decisión de adoptar un enfoque simplificado se fundamenta en la urgencia de la toma de decisiones, el grado de certeza y la disponibilidad de recursos (Nemzoff C et al., 2023).

Por ello, el enfoque adoptado fue capaz de abordar esta complejidad al organizar y pre-priorizar las prestaciones definidas. Esto nos permitió adoptar una metodología que garantizó el achicamiento del conjunto a analizar y optimizar el proceso de priorización final, guiado por criterios cuidadosamente establecidos.

El abordaje propuesto se enmarca en procesos de evaluación tecnológica abreviada, específicamente en la Evaluación Adaptativa de Tecnologías Sanitarias (o aHTA por sus siglas en inglés, Adaptive Health Technology Assessment), y se basa en métodos de la literatura, optando por una adaptación local del enfoque conceptual de la Calificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluaciones (o GRADE por sus siglas en inglés, Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations) y la evaluación económica abreviada. Se definió, entonces, un enfoque que equilibra los tiempos del proyecto, los recursos disponibles y la sistematicidad del proceso, asegurando transparencia.

El proceso se divide en tres etapas:

1. La primera, denominada **Triage**, identifica las prestaciones con una interpretación unívoca sobre su inclusión o exclusión;
2. La segunda, llamada **Evaluación Abreviada**, efectúa una evaluación de costo-efectividad para prestaciones con algún grado de incertidumbre en la recomendación sobre su inclusión o exclusión;
3. La tercera, nombrada **Evaluación Completa**, implica la coordinación operativa con la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) para realizar evaluaciones adicionales de prestaciones, por LdC.

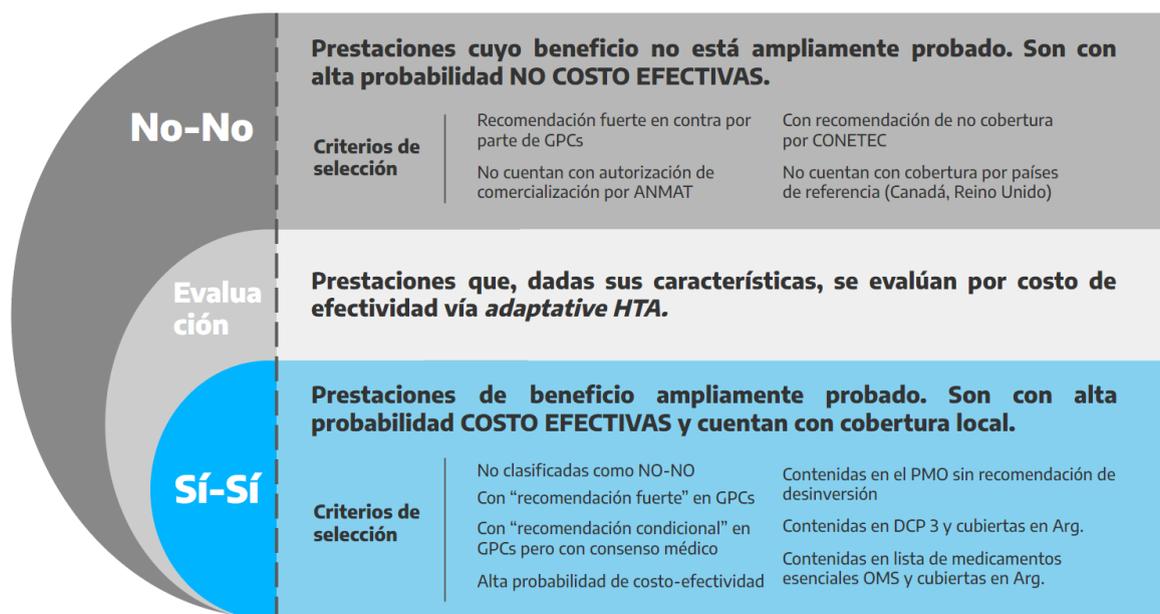
Triage

El propósito del proceso de Triage fue el de identificar prestaciones que tuvieran una interpretación unívoca sobre su inclusión o exclusión en la propuesta de contenido para su respectiva línea de cuidado. En ese sentido, se incluyeron aquellas para las cuales la

⁷ De acuerdo a los Reglamentos y Manuales estipulados por las Resoluciones N° 2965 del 2019 de la ex Secretaría de Gobierno en Salud del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social, N° 2629 del 2020 y N° 2092/2023 del Ministerio de Salud.

información contenida en su GPC de referencia (o instrumento de protocolización de proceso asistencial utilizado) era suficiente para definir por sí misma su priorización (recomendación fuerte a favor, o recomendaciones condicionales que, por su naturaleza, se juzgó apropiado incluir de acuerdo a consenso de expertos). Por su parte, se incluyeron aquellas que poseían una recomendación fuerte en contra de acuerdo a su GPC de referencia o cumplieran con otras características (como la ausencia de autorización para la comercialización en nuestro país).

Figura 9. **Resultado esperado del Triage de prestaciones**



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

Este proceso permitió categorizar las prestaciones en dos grupos: SI-SI y NO-NO, respectivamente. Por último, se utilizó una tercera categoría denominada EVALUACIÓN para aquellas prestaciones a las que se consideró pertinente realizar una evaluación adicional.

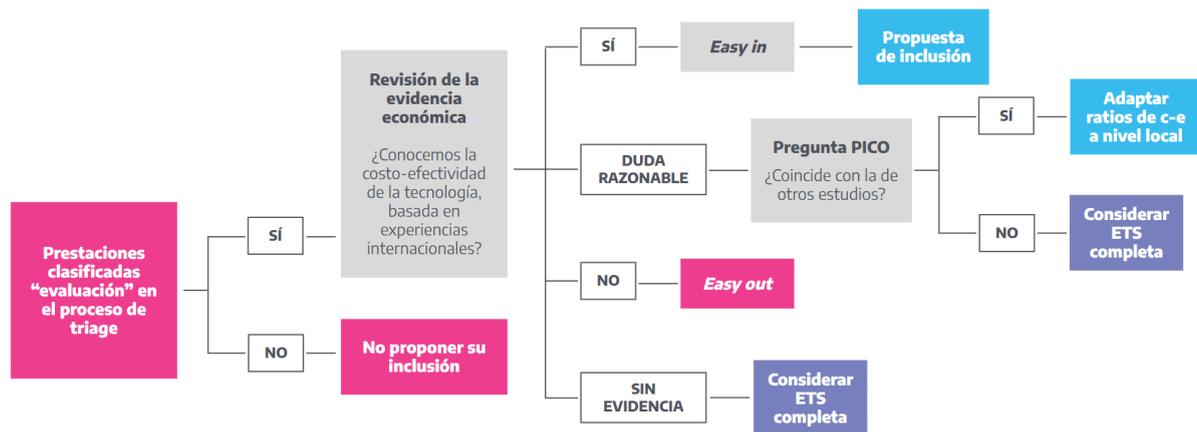
Evaluación Abreviada

Para aquellas prestaciones categorizadas como EVALUACIÓN de acuerdo al proceso descrito precedentemente, se realiza una evaluación económica abreviada cuando la naturaleza de la prestación y de la información disponible lo permita. Dicha evaluación, como método propuesto, se basa en las estimaciones de costo efectividad disponibles a nivel internacional para una tecnología, adaptándola a nivel local mediante la consideración de los precios y costos de la Argentina.

La evaluación económica abreviada (aHTA, como se mencionó con anterioridad), emplea la información de costo-efectividad disponible en la literatura para identificar rápidamente las prestaciones que cuentan con evidencia de ser costo efectivas, así como aquellas que necesitan una evaluación económica más exhaustiva, de acuerdo al método sintetizado en la Figura 10.

Si bien este proceso no reemplaza una evaluación económica completa, proporciona información valiosa para la toma de decisiones a corto plazo y permite identificar aquellas prestaciones que necesitan estudios más detallados basados en los resultados de costo-efectividad de referencia. Este método se ha implementado en otros países cuando los recursos locales son limitados para evaluar diversas tecnologías en salud (Lopert R, 2013).

Figura 10. **Flujograma de evaluaciones abreviadas.**



Fuente: adaptación de Dan Ollendorf (2022).

Evaluación Completa

En la tercer y última etapa, se estipula la coordinación con la CONETEC, de acuerdo a las pautas establecidas por el Anexo II de la Resolución N° 2092/2023 del Ministerio de Salud o la que en el futuro la reemplace, a efectos de realizar evaluaciones económicas completas adicionales. Dichas evaluaciones se realizan sobre las prestaciones categorizadas como EVALUACIÓN que lo requiriesen, no constituyendo lo anterior causal de exclusión de otras prestaciones no contempladas en ella.

Etapa 7: costeo

Metodología de costeo

El objetivo de la etapa de costeo consiste en estimar los costos actuales y los costos necesarios para alcanzar un nivel de cobertura universal de las prestaciones priorizadas en el PAISS - PB. La metodología para el cálculo de los costos del PAISS - PB consiste en un método de microcosteo en el que, a partir de las condiciones de salud-enfermedad, las líneas de cuidado identificadas y las prestaciones priorizadas, se diseña una serie de canastas que contienen recursos con sus indicaciones de uso, cantidad o frecuencia y periodicidad. Así, el contenido del microcosteo del PAISS - PB se estructuró en cuatro elementos, contenidos uno dentro del otro, según se presenta en la Figura 11.

Figura 11. **Componentes del microcosteo del PAISS - PB**

Condiciones de salud - enfermedad

Problemas de salud (GBD 3 dígitos) + Factores de riesgo (GBD 2 dígitos)

Líneas de cuidado

una o más por condición de salud-enfermedad

Canastas

conjunto de recursos

Recursos

bienes y servicios de salud

Fuente: elaboración propia.

A partir de la caracterización de cada uno de los recursos en función de los parámetros señalados, se valoriza individualmente cada uno de ellos, obteniendo su costo unitario.

Asimismo, se realizarán cálculos epidemiológicos y evaluaciones de la actual situación de cobertura con el propósito de calcular la tasa de necesidad, que indica el número anual de casos dentro de la población que requieren una determinada canasta, así como la tasa de cobertura, la cual representa una proyección de la cantidad anual de casos que actualmente reciben la prestación. Ambas tasas están definidas por subsector y expresadas en unidades de caso.

En la Tabla 5 se describen cada uno de los componentes del microcosteo PAISS - PB.

Tabla 5. **Componentes de la metodología de microcosteo**

Componente	Detalle
Recurso	Es un bien o servicio de salud, como un medicamento, práctica de laboratorio, imagen o insumo, entre otros.
Canasta	Conjunto de recursos dentro de una línea de cuidado.
Necesidad	Refiere a la población objetivo correspondiente a cada canasta. Se calcula como el cociente entre la población objetivo y la población base. Puede ser expresada también como tasa de necesidad. La población base se define como el grupo de personas susceptibles a requerir la canasta y la población objetivo es aquella población que necesita dicha canasta.
Cobertura	La cobertura actual es una estimación del porcentaje de la población objetivo que actualmente tiene acceso a esta canasta. Puede ser expresada también como tasa de cobertura.
Precio	Es el valor individual estimado de cada Recurso.

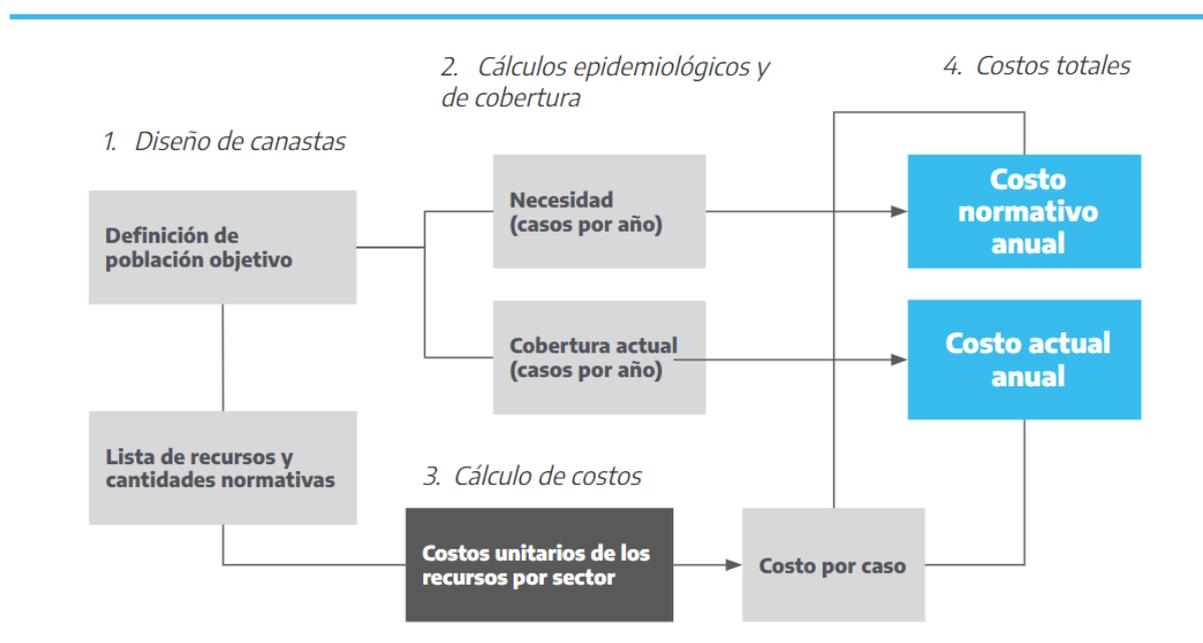
Fuente: elaboración propia.

Una vez definidas las tasas se realiza la estimación de los costos. Por un lado, el costo normativo anual de cada prestación, que se calcula multiplicando la tasa de necesidad por el

costo individual de cada uno de los recursos que componen a la canasta y, por el otro lado, el costo actual, que se define por la multiplicación de la tasa de cobertura y el costo unitario de cada recurso. La diferencia entre el costo normativo y el costo actual representa el costo incremental de alcanzar la cobertura universal de la canasta.

Los costos anuales de cada prestación se obtienen multiplicando, para el costo normativo, el costo promedio por caso por la tasa de necesidad y, para el costo actual, por la tasa de cobertura. De esta forma, a partir del costeo de cada recurso, pueden estimarse los costos de las líneas de cuidado y las condiciones de salud-enfermedad.

Figura 12. **Metodología de costeo de las líneas de cuidado**



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

Herramienta de costeo

La herramienta de microcosteo utilizada consolida los cálculos del modelo enunciados previamente. La misma consiste en un software que contiene cada una de las canastas con los recursos que las componen, ordenados por líneas de cuidado y condiciones de salud-enfermedad. Además, la herramienta contempla proyecciones de población, por subsector, edad y sexo, datos de incidencia y prevalencia para poder determinar las tasas de necesidad y cobertura, y valores de referencia para cada uno de los recursos. La Figura 13 ilustra cómo la herramienta unifica toda la información necesaria para la estimación del costo de cada una de las prestaciones.

Figura 13. **Base de prestaciones de la Herramienta de microcosteo PAISS - PB**

Editar necesidad y utilización... Editar canasta... Generar informe Ayuda

Información general

Código de prestación: Descripción de prestación:

Tipo de prestación: Línea de salud:

Población base: Población objetivo:

Única vez o periódica:

Resumen de costos, según sector (2022):

Piso tasa de utilización:

Sector	Población base	Necesidad	Utilización	Costo por caso Pesos	Costo total Pesos	Porcentaje del costo conjunto

Incluir prestación en cálculos de costos

Fuente: herramienta de microcosteo PAISS - PB.

3

Referencias bibliográficas

- Roy, B., Figueira, J. R., Greco, S., y Ehrogott, M. (2016). Paradigms and challenges, en Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys (pp.3-24).
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2019). Proyectos. Recuperado el 24 de Febrero de 2020, de HO- T1293 : Apoyo a la elaboración del Plan Nacional de Beneficios en Salud (PNBS) en Honduras: <https://www.iadb.org/es/project/HO-T1293>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2021). Documento Base para el Proceso de Elaboración de la Política del Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras: una Propuesta para Avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) - Red CRITERIA (2022). Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS) (documento inédito).
- Banco Mundial (2019). <https://datos.bancomundial.org/pais/argentina?view=chart>.
- Belton V, S. T. (2002). Multiple Criteria Decision Analysis: an integrated approach. . Springer Science and Business Media LLC;
- Bertranou, F., y Casanova, L. (2014). Informalidad laboral en Argentina: Segmentos críticos y políticas para la formalización Buenos Aires, Oficina de País de la OIT para Argentina, 2014. 155 p.
- Bitrán R. (2013). UNICO Studies Series 21 Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGÉ Benefits Package. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/308611468014981092/pdf/749580NWPOCHIL00Box374316B00PUBLIC0.pdf>
- Bitrán R. & Asociados. (2012). Estudio Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas.
- Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation. *Ann Intern Med.* 2005 May 17;142(10):847-54. doi: 10.7326/0003-4819-142-10-200505170-00010. PMID: 15897535.
- Butler J., Klein R., Day P. y Redmayne S. (1997). Managing Scarcity, Open University Press, Buckingham, *Journal of Social Policy*, 26(3), 397-423. doi:10.1017/S0047279497255078
- Cetrangolo. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de economía política de Buenos Aires* , núm. 13
- Choi BCK, M. R. (2019). PAHO Strategic Plan Advisory Group. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 43:e61.