

Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática

Selection of health priorities: criteria, process and strategic framework. Systematic review.

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática

Selection of health priorities: criteria, process and strategic framework. Systematic review.

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática / Leonor Varela Lema, Gerardo Atienza Merino, Marisa López García. — Santiago de Compostela: Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde. Unidade de Asesoramento Científico-técnico, avalia-t; Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

1 archivo pdf; — (Informes, Estudios e Investigación)

NIPO: 680-15-172-5

Depósito legal: C 275-2016

Dirección: Marisa López García.

Autoría: Leonor Varela-Lema, Gerardo Atienza Merino, Marisa López-García.

Documentalista: Beatriz Casal Acción.

Este documento se ha realizado al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Para citar este informe:

Varela-Lema L, Atienza Merino G, López-García M. Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde. Unidade de Asesoramento Científico-técnico, avalia-t. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias.

Información dirigida a profesionales sanitarios.

Este informe ha sido sometido a un proceso de revisión externa. La Unidad de Asesoramento Científico-técnico agradece a **Paloma Arriola Bolado**, de la Subdirección General de Evaluación Tecnológica e Innovación Sanitarias de la Comunidad de Madrid, a **Mireia Espallargues Carrera**, de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AquAS), a **Sandra García Armesto**, del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), a **José Asúa Batarrita**, del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA), a **Antonio Sarría Santamera**, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)-Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), a **Teresa Molina López** de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), y a **Pedro Guillermo Serrano Aguilar**, del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS) por su colaboración desinteresada y los comentarios aportados.

Declaración de intereses: los autores y revisores declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en la elaboración y revisión de este documento.

Los revisores externos del documento no suscriben necesariamente todas y cada una de las conclusiones y recomendaciones finales, que son responsabilidad exclusiva de los autores.

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Fecha de edición: enero 2016

Edita: Santiago de Compostela: Axencia Galega para A Xestión do Coñecemento en Saúde.

Unidade de Asesoramento Científico-técnico, avalia-t.

Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Contacto: avalia-t@sergas.es

NIPO: 680-15-172-5

Depósito legal: C 275-2016

Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática

Selection of health priorities: criteria, process and strategic framework. Systematic review.

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

Índice

| | |
|---|----|
| Abreviaturas y acrónimos | 9 |
| Lista de tablas | 11 |
| Lista de figuras | 11 |
| Resumen | 13 |
| Summary | 17 |
| 1 Contextualización | 19 |
| 2 Justificación | 21 |
| 3 Objetivos | 23 |
| 4 Métodos | 25 |
| 4.1 Bases de datos consultadas | 25 |
| 4.2 Selección de estudios | 25 |
| 4.3 Análisis y síntesis de información | 26 |
| 5. Resultados de la revisión sistemática | 27 |
| 5.1 Resultados de la búsqueda | 27 |
| 5.2 Estudios que abordan el desarrollo de marcos estratégicos para la selección de prioridades sanitarias | 28 |
| 5.3 Estudios que abordan la identificación de criterios para la priorización de prestaciones sanitarias | 29 |
| 5.4. Estudios que describen procedimientos de priorización empleados por agencias/organismos de evaluación de tecnologías sanitarias | 43 |
| 6 Discusión | 49 |
| 7 Conclusiones | 55 |
| 8 Bibliografía | 57 |
| Anexo A: estrategia de búsqueda | 61 |

Abreviaturas y acrónimos

AETMIS: Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (Canadá).

AHFRM: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (Canadá).

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos de América).

CCAA: Comunidades Autónomas.

EUnetHTA: European Network for Health Technology Assessment.

EVIDEM: Evidence and Value: Impact on Decision Making.

ICTAH: Israel Center for Health Technology Assessment in Health Care.

INAHTA: International Network of Agencies for Health Technology Assessment.

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).

NHS QIS: National Health System Quality Improvement Scotland (Escocia, Reino Unido).

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence (Reino Unido).

NIHR: National Institute of Health Research (Reino Unido).

NOKC: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (Noruega).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

ZonMw: Netherland Organization for Health Research & Development (Holanda).

Lista de tablas

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabla 1. | Criterios de priorización recogidos en la ORDEN SCO/3422/2007 de noviembre | 19 |
| Tabla 2 | Criterios de selección de los estudios | 26 |
| Tabla 3 | Lista de elementos a considerar en el establecimiento de prioridades sanitarias | 28 |
| Tabla 4. | Herramienta de priorización propuesta para la evaluación de prioridades sanitarias dentro del marco EVIDEM. | 29 |
| Tabla 5. | Frecuencia de citación de criterios de priorización en estudios internacionales que abordan la toma de decisión en asignación de recursos sanitarios | 32 |
| Tabla 6. | Uso de criterios para la priorización de nuevas tecnologías sanitarias a nivel internacional | 34 |
| Tabla 7. | Ordenación de criterios de priorización según la importancia relativa atribuida por un Comité de trabajo internacional | 35 |
| Tabla 8. | Modelo conceptual para la clasificación de criterios de priorización de intervenciones sanitarias atendiendo a las consideraciones de dos marcos de salud de la OMS. | 37 |
| Tabla 9. | Criterios de priorización propuestos para tecnologías diagnósticas. | 39 |
| Tabla 10. | Clasificación de dominios y criterios identificados en la revisión sistemática | 40 |
| Tabla 11. | Descripción del proceso de identificación y selección de tecnologías prioritarias empleado por diferentes agencias/organismos de evaluación | 44 |
| Tabla 12. | Criterios de priorización empleados por agencias/unidades de evaluación | 48 |

Lista de figuras

| | | |
|-----------|--|----|
| Figura 1. | Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios | 27 |
|-----------|--|----|

Resumen

Introducción: el presente trabajo, incluido en el Plan de trabajo para 2015 de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, surge a petición de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de desarrollar una metodología explícita para la selección de prioridades sanitarias que apoye la toma de decisiones sobre las tecnologías a evaluar de cara a su inclusión en cartera de servicios del SNS. El desarrollo de una sistemática de priorización integral, basada en criterios estratégicos para la toma de decisiones sobre asignación de prioridades, que abarque los distintos aspectos que pueden ser relevantes para establecer el valor añadido de las tecnologías para el sistema asistencial y la población, se estima clave para identificar aquellos temas de mayor relevancia, evitando de esta manera la dispersión de esfuerzos en evaluaciones de poco impacto, que podrían ser postergadas o excluidas entre otras razones, por presentar importantes incertidumbres respecto a la eficacia o seguridad, poco valor o no estar adaptadas a las características del sistema sanitario español.

Objetivos: el objetivo principal de este trabajo es identificar y analizar los criterios y procedimientos empleados para la priorización de tecnologías sanitarias a nivel nacional/internacional con el fin de establecer criterios universales y enfoques prácticos que puedan servir de base para el desarrollo de un marco de priorización para el SNS.

Métodos: se realizó una búsqueda sistemática de la literatura médica sin límite temporal y hasta abril de 2015, en las principales bases de datos biomédicas automatizadas: PubMed, Embase, *Centre for Reviews and Recommendations* y Cochrane). Para recuperar documentos no publicados, se completó con una búsqueda en las páginas web de las principales agencias de evaluación internacionales, una revisión manual de la revista "*International Journal of Technology Assessment Health Care*" y una búsqueda general en Google. Los estudios fueron seleccionados por dos evaluadores independientes en base a una serie de criterios de selección preestablecidos. Se incluyeron revisiones sistemáticas y/o estudios cualitativos (entrevistas, encuestas, consenso de expertos, etc.) que tienen como objetivo identificar métodos, criterios de priorización o desarrollar/proponer marcos estratégicos/operativos generales para la selección de prioridades sanitarias, así como estudios o documentos organizacionales que proporcionan información detallada sobre los procesos empleados por diferentes agencias/organismos de evaluación para la selección

de tecnologías a evaluar de cara a su incorporación en el sistema de salud. Los datos de los estudios de investigación que cumplieron criterios de selección fueron analizados y sintetizados cualitativamente.

Resultados: se identificaron 17 documentos que cumplieron con los criterios de selección, 15 publicados en revistas científicas y 2 en páginas web gubernamentales. En términos generales, los estudios muestran gran heterogeneidad respecto a los criterios que se consideran estratégicos para la toma de decisión sobre la asignación de prioridades sanitarias. Globalmente, se identificaron 56 criterios de priorización potencialmente relevantes que, atendiendo a las agrupaciones más comunes se han clasificado en 8 dominios: 1) necesidad de la intervención; 2) resultados en salud; 3) tipo de beneficio de la intervención; 4) consecuencias económicas; 5) conocimiento existente sobre la intervención/calidad e incertidumbre de la evidencia; 6) Implementación y complejidad de la intervención/factibilidad; 7) prioridad, justicia y ética y 8) contexto global. Las 8 agencias de evaluación que refieren el uso de criterios de priorización, emplean de 4-12 criterios de priorización. El proceso de establecimiento de prioridades difiere sustancialmente respecto al enfoque operativo y actores involucrados, no quedando claro en algunos casos el método explícito de priorización. Atendiendo a la información recuperada se establece que tres países emplean enfoques de priorización cualitativos (NOKC, SBU, ZonMw) y otros tres, enfoques cuantitativos (NICE, CADTH, Lituania). En el caso de CADTH, se emplea la metodología de análisis de decisión multicriterio, concretamente el método del proceso analítico, para asignar pesos a los distintos criterios.

Discusión: la revisión sistemática pone de manifiesto que a pesar de existir un acuerdo generalizado en cuanto a la necesidad de disponer de procesos racionales y transparentes para la priorización de evaluaciones sanitarias, y una importante actividad internacional en cuanto a la definición y clasificación de criterios de priorización, hay poca información sobre los métodos de priorización empleados para informar el proceso de toma de decisión a nivel de las distintas agencias/organismos de evaluación. De aquellas de las que se dispone de información exhiben una gran variabilidad respecto a los criterios empleados, y una falta de concreción respecto a como se han seleccionado o valorado los mismos. De las tres organizaciones que refieren puntuar las propuestas en base a los criterios de priorización, solo una proporciona información específica sobre como se aborda este proceso. Cabe resaltar que la presente revisión sistemática está limitada por las dificultades inherentes a la búsqueda de información sobre procesos de priorización de tecnologías sanitarias debido a la falta de normalización del vocabulario respecto a este

tema y al hecho de que en muchos casos esta información no se publica en revistas científicas y es difícil de localizar.

Conclusiones: Aunque no parecen existir criterios universales o procedimientos estándares para la asignación de prioridades, se han identificado algunos acuerdos generalizados y tendencias comunes respecto a aspectos fundamentales (criterios, modelos y estrategias, actores clave, etc.). El trabajo actual proporciona un análisis detallado de estos aspectos y ofrece recomendaciones clave para el desarrollo de un marco de priorización exitoso. Se plantea que esta información podría ser útil para las agencias de evaluación pero también para otras organizaciones públicas que pretendan establecer prioridades sanitarias.

Summary

Introduction: the current work, included in the Work Plan of the Spanish Network of Agencies for Assessing Health Technologies and Performance, was requested by the Comission on Provision, Insurance and Financing, dependent on the Interterritorial Board of the National Health System, with the purpose of developing an explicit priority setting methodology to support decision making regarding the technologies to be assessed for inclusion in the NHS service portfolio. The development of a comprehensive prioritisation system, based on criteria that are viewed to be strategic for resource allocation decision making, which cover the different aspects which could be relevant for establishing the added value for the health community and society, is considered essential for identifying technologies that are likely to bring an important benefit to the healthcare system, avoiding dispersal of efforts in low impact technologies, whose assessment could be delayed or avoided, among other reasons because they present important uncertainties regarding the effectiveness or safety or they are not tailored to the characteristics of the Spanish NHS.

Objectives: the aim of this paper is to identify and analyse the processes and decision criteria used for priority setting internationally in order to establish a comprehensive set of strategic criteria and practical approaches that could serve as a starting point for the development of the Spanish prioritisation framework.

Methods: a systematic search of the literature was carried out in april 2015, without time limits, in the main biomedical electronic databases: PubMed, Embase, Centre for Reviews and Recommendations and Cochrane. To retrieve unpublished documents we completed the search with a manual review of the web pages of INAHTA and EUnetHTA agencies, scanned the "*International Journal of Technology Assessment Health Care*" and undertook a general search in Google for grey literature. Studies were selected by two independent evaluators based on set of predefined criteria. Systematic reviews and/or qualitative studies (interviews, surveys, expert consensus, etc) that aimed to identify methods, prioritisation criteria o develop/propose general strategic/operational frameworks for the selection of health priorities were included, as well as studies or organisational documents that provided information on the approaches used by different health technology assessment organisations for the selection of technologies to be assessed in order to support coverage decision making. Data of the studies that complied with eligibility criteria were analysed and synthesized qualitatively.

Results: a total of 17 documents complied with eligibility criteria, 15 were published in scientific journals and 2 were identified through web pages. In general terms, the studies showed great heterogeneity regarding the prioritisation criteria that were important for optimized coverage decision making. Globally, a total of 56 potentially relevant priority setting criteria were identified, which could be grouped in 8 categories: 1) Need for intervention; 2) Outcomes of intervention; 3) Type of benefit; 4) Economic consequences; 5) Existing knowledge/quality of evidence and uncertainties; 6) Implementation complexity/feasibility; 7) Priority, justice and equity and 8) Context. HTA agencies that notified the use of prioritisation criteria considered from 4-12 criteria. The formal priority setting process differed substantially regarding the operational approach and actors involved, not being clear in many cases the explicit prioritisation method used for establishing priorities. Based on the information provided it is established that 3 agencies use qualitative approaches (NOKC, SBU, ZonMw) and three quantitative approaches. In the case of CADTH, it uses a multicriteria decision analysis method, called the analytic hierarchy process, for assigning weights to each of the criteria.

Discussion: the systematic reviews shows that despite the general recognition of the need of rational and transparent priority setting approaches for health technology assessment prioritisation, and an important international activity in the definition and categorisation of decision criteria for priority setting of health interventions, there is little information on the prioritisation methods used by HTA organizations to inform decision making. The HTA organisations, for which data is available, showed great variability regarding the criteria applied and were not fully explicit regarding how these criteria were identified or incorporated into decision making. Of the three organisations that reported scoring the proposals based on the prioritisation criteria, only one provided specific information on how this scoring process was approached. It is important to highlight that the current systematic review is limited by the inherent difficulties of searching for information on prioritisation processes, due to the lack of standardised vocabulary and the fact that this type of information is not always published in scientific journals, being difficult thus to locate.

Conclusions: although it is acknowledged that there are no standardised processes for priority setting, some general consensus and common trends have been identified regarding key elements (criteria, models and strategies, key actors, etc.). The following work provides a thorough analysis of these approaches and offers recommendations regarding considerations for implementing successful HTA prioritisation approaches. Findings are envisioned to be useful for HTA organisms but also for other public organisations that are aiming to establish health care priorities.

1 Contextualización

De acuerdo con el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, las propuestas de incorporación, exclusión o modificación de una nueva técnica, tecnología o procedimiento son formuladas por el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), por las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas (CCAA) o a instancia de terceros interesados, cuando exista una petición motivada (1).

La Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial del SNS, es la encargada de determinar si la técnica, tecnología o procedimiento es relevante y, por tanto, precisa de evaluación, y en función de lo establecido en el artículo 6 de la Orden SCO/3422/2007 de noviembre (2), es responsable de priorizar las técnicas a evaluar, teniendo en cuenta criterios de gravedad, frecuencia del proceso al que van dirigidos, existencia de alternativas terapéuticas, grado de incertidumbre sobre seguridad, eficacia y efectividad de la tecnología, beneficios para el paciente, práctica profesional y sistema sanitario (tabla 1).

Tabla 1. Criterios de priorización recogidos en la Orden SCO/3422/2007 de noviembre

| |
|---|
| a. Gravedad del proceso al que van dirigidos las técnicas, tecnologías o procedimientos, especialmente aquellos indicados para prevenir o diagnosticar las discapacidades |
| b. Frecuencia del proceso al que van dirigidos, sin olvidar la atención a las enfermedades raras. |
| c. Existencia de escasas o nulas alternativas terapéuticas o que éstas sean poco eficaces. |
| d. Grado de incertidumbre sobre la seguridad, efectividad o eficiencia de la técnica, tecnología o procedimiento. |
| e. Beneficios para el paciente como: menor riesgo o molestias, menor tiempo o complejidad para su aplicación respecto a otras alternativas o mejora de la equidad en el acceso a los servicios sanitarios |
| f. Beneficios para la práctica profesional como: mayor seguridad en su aplicación o menor tiempo de aprendizaje respecto a otras alternativas. |
| g. Beneficios para el sistema sanitario como: requerir menos recursos materiales o humanos o tener menor coste frente a otras alternativas en similares condiciones de calidad y resultados. |

El 29 de febrero de 2012, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud abordó el desarrollo y actualización de la cartera de servicios del SNS y creó la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, responsable de evaluar las técnicas y procedimientos médicos de cara a su inclusión, exclusión

y/o modificación de las condiciones de uso. En la Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre (3), se establece que entre las funciones del Pleno del Consejo de la Red, figuran: 1) establecer los procedimientos de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y 2) asegurar un marco metodológico de calidad común en la evaluación y elaboración de los trabajos.

Para el desarrollo de estas funciones, anualmente el Plan de trabajo de la Red de Agencias incluye una línea relacionada con ambos puntos: procedimientos de trabajo y desarrollos metodológicos. Esta línea de trabajo responde a dos necesidades, en primer lugar, actualizar, normalizar y armonizar los procedimientos y métodos de trabajo entre los miembros de nuestra Red, a fin de reducir la variabilidad y adaptarlos a las necesidades de los solicitantes y destinatarios. En segundo lugar, hacer explícitos y públicos estos procedimientos y métodos, asumiendo así un compromiso con la transparencia y calidad en el trabajo de evaluación de tecnologías.

2 Justificación

El presente trabajo, incluido en el Plan de trabajo para 2015 de la Red de Agencias, surge a petición de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, con el propósito de desarrollar una metodología explícita para la selección de prioridades sanitarias que apoye la toma de decisiones sobre las tecnologías a evaluar de cara a su inclusión en cartera de servicios del SNS. El desarrollo de un procedimiento sistemático, que defina los pasos, etapas y requisitos para la identificación y priorización de tecnologías a evaluar, responde a la necesidad de mejorar la objetividad y transparencia del proceso.

Aunque la normativa refiere los criterios básicos que deben regir la asignación de prioridades sanitarias, identificar realmente las tecnologías que convendría someter a una evaluación de cara a su incorporación en cartera constituye un proceso bastante complejo, ya que por un lado, implica identificar las tecnologías relevantes y por otro, ordenarlas según el previsible impacto sanitario y valor añadido que se plantee puede aportar la incorporación de las tecnologías a la sociedad, contribuyendo a mejorar la eficiencia, la equidad y el bienestar de la población. De no implementar una metodología explícita y sistemática para la identificación y selección de temas de evaluación, basada en criterios reproducibles y objetivos, se corre el riesgo de que la selección se sustente únicamente en consideraciones implícitas de los organismos planificadores y financiadores y/o que esa subjetividad incida en la generación de vías alternativas o paralelas de selección e implantación.

El desarrollo de una sistemática de priorización integral, basada en criterios estratégicos para la toma de decisiones sobre asignación de prioridades, que abarquen los distintos aspectos que pueden ser relevantes para establecer el valor añadido de las tecnologías, se estima clave para identificar aquellos temas de mayor importancia, evitando de esta manera la dispersión de esfuerzos en evaluaciones de poco impacto, que podrían ser postergadas o excluidas entre otras razones, por presentar importantes incertidumbres respecto a la eficacia o seguridad, poco valor o no estar adaptadas a las características del sistema sanitario español. Para mejorar la aceptabilidad, se considera importante que los criterios de priorización sean universalmente aceptados y que la selección de tecnologías a evaluar no se realice únicamente acorde a la visión de las agencias y opinión de los representantes de la administración sanitaria, sino que derive de información sólida y que refleje la experiencia y opiniones relevantes en este campo.

3 Objetivos

Identificar y analizar los criterios y procedimientos empleados para la priorización de tecnologías sanitarias a nivel nacional/internacional con el fin de establecer una serie de criterios estratégicos y enfoques prácticos que puedan servir de base para el desarrollo del marco de priorización del SNS.

4 Métodos

4.1 Bases de datos consultadas

Para cumplir con el objetivo del proyecto se realizó una búsqueda bibliográfica, sin límite temporal y hasta abril de 2015, en las principales bases de datos biomédicas (Medline, Embase, Cochrane y CRD HTA Database). Para recuperar documentos no publicados se revisaron las páginas web de las agencias internacionales pertenecientes a la Red Europea de evaluación de tecnologías sanitarias (EUnetHTA) y la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (INAHTA) y se buscó manualmente en la revista “*International Journal of Technology Assessment Health Care*”. Adicionalmente se realizó también una búsqueda general en el motor de búsqueda Google para localizar literatura gris y se revisaron las citas bibliográficas de los estudios incluidos. Las bases de datos y organizaciones consultadas, así como la estrategia de búsqueda se detallan en el anexo A.

4.2 Selección de estudios

Tras la lectura de los resúmenes de los artículos resultantes de la búsqueda, se procedió a la selección de los estudios potencialmente relevantes. Estos fueron seleccionados por dos investigadores independientes atendiendo a una serie de criterios de inclusión/exclusión previamente predefinidos (tabla 2). Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión y consenso.

Se incluyeron revisiones sistemáticas y/o estudios cualitativos (entrevistas, encuestas, consenso de expertos, etc.) con el objetivo identificar métodos, criterios de priorización o desarrollar marcos estratégicos/operativos generales para la selección de prioridades sanitarias. Asimismo, se incluyeron estudios o documentos organizacionales que proporcionan información detallada sobre los procesos de priorización empleados por diferentes organismos nacionales/internacionales de evaluación para la selección de tecnologías a evaluar de cara a su incorporación en el sistema de salud. Se excluyeron opiniones individuales de expertos, desarrollos metodológicos, así como métodos de priorización empleados por agencias de evaluación no vinculadas a la toma de decisiones o propuestas diseñadas para otros ámbitos de aplicación, por ejemplo, sistemas de detección de tecnologías nuevas y/o emergentes, guías de práctica clínica, unidades de evaluación de tecnologías de ámbito hospitalario, planificación sanitaria, salud pública, investigación primaria, etc. Se incluyeron

únicamente documentos publicados en castellano, inglés, italiano, francés, y portugués. Se excluyeron comunicaciones a congresos, cartas al director, editoriales y comentarios.

Tabla 2. Criterios de selección de los estudios

| | |
|-----------------------------|--|
| Tipo de publicación | Inclusión: artículos publicados en revistas con revisión por pares y documentos publicados en paginas web oficiales. Exclusión: comunicaciones a congresos, cartas al director, editoriales, comentarios. |
| Tipo de estudio | Inclusión: guías o manuales de procedimientos, revisiones sistemáticas, estudios cualitativos (documentos de consenso, encuestas, entrevistas, etc.). Criterios de exclusión: estudios descriptivos. |
| Medidas de resultado | Inclusión: 1) estudios que abordan la definición, selección o categorización de criterios de priorización; 2) estudios que describen marcos estratégicos/ operativos para la selección de prioridades sanitarias; 3) estudios que describen los mecanismos/procesos empleados por distintas agencias nacionales/ internacionales para priorizar tecnologías sanitarias. Exclusión: desarrollos metodológicos. |
| Ámbito de estudio | Inclusión: 1) estudios que abordan la priorización de tecnologías en el ámbito de la toma de decisiones sobre reembolso/financiación. Exclusión: Estudios que describen la priorización de agencias de evaluación no vinculadas a la toma de decisión, sistemas de detección de tecnologías nuevas y/o emergentes, unidades de evaluación de tecnologías de ámbito sanitario, investigación primaria, planes de salud, etc. |
| Idioma | Criterios de inclusión: estudios en castellano, inglés, italiano, francés, y portugués. |
| Marco temporal | Sin límite temporal y hasta abril de 2015. |

4.3 Análisis y síntesis de información

La selección de los artículos relevantes fue realizada por un investigador tras la lectura a texto completo de los artículos previamente seleccionados. Los datos de los estudios de investigación que cumplieron criterios de selección fueron analizados y sintetizados cualitativamente.

5. Resultados de la revisión sistemática

5.1 Resultados de la búsqueda

La búsqueda primaria en las bases de datos de la literatura biomédica Embase y Medline proporcionó un total de 116 referencias bibliográficas después de eliminar duplicados. La búsqueda adicional en las agencias internacionales, la revista IJTAHC y Google permitió identificar 6 documentos adicionales. Tras la revisión de los títulos y/o resúmenes, fueron considerados para evaluación y lectura a texto completo 55 documentos. De estos, 38 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión/exclusión, considerándose a efectos de la actual revisión 17 documentos: 15 artículos originales publicados en revistas con revisión por pares y 2 documentos publicados en páginas web oficiales. En la figura 1 se detalla el proceso de selección de los artículos y los motivos de exclusión de los artículos potencialmente relevantes.

Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios



5.2 Estudios que abordan el desarrollo de marcos estratégicos para la selección de prioridades sanitarias

Se ha identificado un estudio que aborda el desarrollo de un modelo marco que pretende servir de guía para el establecimiento de prioridades sanitarias en distintos ámbitos (4). El modelo se desarrolla a partir de tres estudios primarios: en el primero, se realiza un método Delphi a universitarios y responsables de la gestión sanitaria procedentes de 5 sistemas de salud diferentes (Canadá, Noruega, Reino Unido, U.S.A., Uganda) para conocer la perspectiva internacional (n=12); en el segundo se entrevista a 55 agentes responsables de la toma de decisión procedentes de 45 instituciones sanitarias de Canadá (nivel macro, meso y micro), y en el tercero, se emplea la técnica del grupo focal para conocer la opinión de pacientes y usuarios del sistema (n=13). Del análisis de estos estudios se extrae una lista de aspectos relacionados con el proceso y resultados que se prevén claves para el éxito de cualquier proceso de priorización (tabla 3).

Tabla 3. Lista de elementos a considerar en el establecimiento de prioridades sanitarias

| Dominio | Elementos | Explicación |
|-----------|--|--|
| Proceso | Participación de diferentes actores | Incluir como mínimo, administradores, clínicos y pacientes |
| | Proceso explícito | Proceso de priorización transparente (quien, como y por qué) |
| | Gestión de la información | Información necesaria y como se obtiene |
| | Consideración del contexto y valores | Misión, visión y valores de la organización |
| | Proceso de revisión o apelación | Proceso formal para revisar decisiones y abordar desacuerdos |
| Resultado | Conocimiento de los diferentes actores del proceso de priorización | Experiencia de los actores en el proceso de priorización |
| | Cambios en las prioridades y/o asignación de recursos | Proceso de priorización ligado a cambios en los presupuestos o reasignación de recursos |
| | Calidad del proceso de toma de decisión | Uso apropiado de la evidencia científica, consistencia del razonamiento, institucionalización del proceso y conformidad con el procedimiento |
| | Aceptación y satisfacción de los diferentes actores | Satisfacción de todos los agentes implicados |
| | Externalidades positivas | Cobertura positiva de los medios de comunicación, reconocimiento del sector sanitario, cambios en las políticas sanitarias o en la legislación |

Fuente: Sibbald et al. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC Health Services Research 2009, 9:43

5.3 Estudios que abordan la identificación de criterios para la priorización de prestaciones sanitarias

Se han recuperado 8 estudios que abordan la identificación de criterios para priorizar prestaciones sanitarias.

Tres estudios hacen referencia a la herramienta EVIDEM, desarrollada dentro del marco de colaboración EVIDEM (*Evidence and Value: Impact on DEcisionMaking*), organización internacional destinada a desarrollar procedimientos operativos para facilitar la toma de decisiones en salud (5-7). Entre sus cometidos está el diseñar herramientas multicriterio eficientes para la evaluación de prioridades sanitarias. Se ha pilotado en Canadá y se propone que podría ser de gran utilidad para la ETS (7), aunque algunos autores plantean que los criterios universales también son contexto dependientes y podrían variar dependiendo del ámbito de aplicación (8). Asimismo, se ha comentado que la herramienta podría tener problemas de consistencia si se emplea para comparar múltiples intervenciones, y se ha sugerido mejorar este aspecto asignando pesos a los criterios (6). La herramienta se actualiza periódicamente y la última revisión publicada en su página web (27/07/2015, <https://www.evidem.org/>) refería 13 criterios cuantitativos universales, organizados en 5 dominios y 7 criterios cualitativos contextuales (3 dominios). Los criterios y dominios se detallan en la tabla 4.

Tabla 4. Herramienta de priorización propuesta para la evaluación de prioridades sanitarias dentro del marco EVIDEM

| Dominio | Criterio | Subcriterios/ Aclaración | Puntuación |
|--|---------------------------|--|--|
| CRITERIOS UNIVERSALES-CUANTITATIVOS | | | |
| Necesidad de la intervención | Gravedad de la enfermedad | Esperanza de vida Morbilidad Calidad de vida Calidad de vida de los cuidadores | 0 No grave 5 Muy grave |
| | Tamaño población | Prevalencia Incidencia | 0 < 2/100 000 (muy rara) 1 < 5/10 000 (rara) 2 < 10/10 000 3 < 100/10 000 4 < 500/10 000 5 > 500/10 000 |
| | Necesidad no satisfecha | Sin alternativas o alternativas con importantes necesidades no satisfechas respecto a eficacia, seguridad, resultados en salud o demanda de paciente | 0 No existen 1 2 3 4 5 Importantes limitaciones o necesidades no satisfechas |

Tabla 4. Herramienta de priorización propuesta para la evaluación de prioridades sanitarias dentro del marco EVIDEM (continuación)

| Dominio | Criterio | Subcriterios/ Aclaración | Puntuación |
|--|---|---|---|
| CRITERIOS UNIVERSALES-CUANTITATIVOS | | | |
| Resultados comparados | Efectividad comparada | Magnitud de ganancia en salud, porcentaje de la población que se espera que obtenga el efecto, duración del efecto, tipo de efecto | -5 Peor que el comparador 0 Sin diferencia 5 Muy superior al comparador |
| | Seguridad/tolerabilidad comparada | Efectos adversos Efectos adversos graves Seguridad a corto plazo Seguridad a largo plazo | -5 Peor que el comparador 0 Sin diferencia 5 Muy superior al comparador |
| | Comparación de la salud percibida por el paciente (patient reported outcomes) | Mejoría calidad de vida, autonomía, impacto en dignidad, mejora uso/administración | -5 Peor que el comparador 0 Sin diferencia 5 Muy superior al comparador |
| Tipo de beneficios de la intervención | Beneficios preventivos | | 0 No reduce el riesgo 5 Elimina la enfermedad |
| | Beneficios terapéuticos | | 0 No presenta efecto terapéutico 5 Cura/salva vidas |
| Consecuencias económicas | Comparación de costes de la intervención | Coste neto de la intervención, costes de adquisición, implementación y mantenimiento | -5 Aumento substancial de costes 0 Sin cambios en costes 5 Ahorro substancial |
| | Comparación de costes médicos | Impacto en gasto hospitalario, de atención primaria, gasto sanitario a largo plazo (hospitalización, consultas, eventos adversos, etc.) | -5 Aumento substancial de costes 0 Sin cambios en costes 5 Ahorro substancial |
| | Comparación de costes no médicos | Impacto en productividad, coste pacientes, cuidadores, sistema social (dependencia, servicios sociales, cuidadores, etc.) | -5 Aumento substancial de costes 0 Sin cambios en costes 5 Ahorro substancial |
| Conocimiento existente sobre la intervención | Calidad de la evidencia | Validez, relevancia, tipo de evidencia, exhaustividad | 0 No relevante y/o válida 5 Muy relevante y válida |
| | Consenso expertos/guías de práctica clínica | - | 0 No recomendada 5 Muy recomendada |

Tabla 4. Herramienta de priorización propuesta para la evaluación de prioridades sanitarias dentro del marco EVIDEM (continuación)

| Dominio | Criterio | Subcriterios/ Aclaración | Puntuación |
|---|----------|---|------------|
| CRITERIOS CONTEXTO-DEPENDIENTES-EVALUACIÓN CUALITATIVA | | | |
| Normativa y ámbito del sistema sanitario | | Alineación con normativa y estrategias sanitarias | |
| Prioridades en cuanto a la población/subgrupo | | Alineación con líneas prioritarias (grupos vulnerables, discapacitados, enfermedades raras, grupos de alto riesgo, comunidades específicas, etc.) | |
| Objetivo común e intereses específicos | | Presión de grupos de interés, barreras o conflictos de interés | |
| Impacto medioambiental | | Impacto medioambiental derivado de la producción, uso o implementación | |
| Coste de oportunidad y asequibilidad | | Considerar costes de oportunidad perdidos y considerar si la intervención maximiza el impacto en salud y si el sistema se la puede permitir | |
| Fuente: https://www.evidem.org/ | | | |

Dos revisiones de la literatura proporcionan un listado de los criterios de priorización empleados a nivel internacional para la priorización de prestaciones sanitarias. La primera, publicada en 2012, está dirigida a identificar los criterios empleados globalmente para la toma de decisión sobre la asignación de recursos sanitarios (8). La revisión, que incluyó un total de 40 estudios (estudios empíricos realizados con decisores, revisiones de estudios empíricos y estudios conceptuales describiendo o proponiendo criterios/herramientas de decisión), puso de manifiesto una gran heterogeneidad respecto a los criterios y terminología empleada para definir los mismos. En total se identificaron 360 términos diferentes que los autores agruparon en 58 criterios únicos y clasificaron en 9 categorías: resultados en salud y beneficios de la intervención, tipo de servicio, enfermedad diana, contexto terapéutico, impacto económico, calidad e incertidumbre de la evidencia, complejidad en la implementación, prioridades, ética y justicia y contexto global. En la tabla 5 se presentan los dominios, criterios y el número de veces que se citan en la literatura incluida.

Tabla 5. Frecuencia de citación de criterios de priorización en estudios internacionales que abordan la toma de decisión en asignación de recursos sanitarios

| Dominio | N.º citaciones del dominio | Criterio | N.º citaciones del criterio |
|---|----------------------------|--|-----------------------------|
| Resultados en salud | 81 | Beneficios en salud | 10 |
| | | Eficacia/efectividad | 29 |
| | | Salvaguarda de vidas | 5 |
| | | Seguridad | 19 |
| | | Salud percibida por el paciente | 17 |
| | | Calidad de la atención | 1 |
| Tipo de servicio | 18 | Efecto sobre la población (preventivo) | 11 |
| | | Efecto individual (servicio médico) | 7 |
| Enfermedad diana | 40 | Gravedad de la enfermedad | 9 |
| | | Determinantes de la enfermedad | 2 |
| | | Carga de la enfermedad | 13 |
| | | Epidemiología | 16 |
| Contexto terapéutico | 37 | Alternativas terapéuticas | 13 |
| | | Necesidad | 16 |
| | | Guías de práctica clínica y protocolos | 7 |
| | | Uso existente | 1 |
| Impacto económico | 75 | Coste | 11 |
| | | Impacto presupuestario | 11 |
| | | Impacto financiero global | 7 |
| | | Reducción de la pobreza | 23 |
| | | Coste-efectividad | 3 |
| | | Eficiencia y coste de oportunidad | 10 |
| | | Recursos | 1 |
| Calidad e incertidumbre de la evidencia | 49 | Evidencia disponible | 9 |
| | | Calidad de la evidencia | 20 |
| | | Relevancia de la evidencia | 8 |
| | | Características de la evidencia | 7 |
| | | Ética de la investigación | 4 |
| | | Requisitos de la evidencia | 1 |
| Implementación y complejidad de la intervención | 65 | Legislación | 6 |
| | | Requisitos organizativos | 17 |
| | | Habilidades personales | 6 |
| | | Flexibilidad de la implementación | 8 |
| | | Características de la intervención | 8 |
| | | Uso apropiado | 3 |
| | | Barreras y aceptabilidad | 4 |
| | | Integración y eficiencia del sistema | 9 |
| | | Sostenibilidad | 4 |

Tabla 5. Frecuencia de citación de criterios de priorización en estudios internacionales que abordan la toma de decisión en asignación de recursos sanitarios (continuación)

| Dominio | N.º citaciones del dominio | Criterio | N.º citaciones del criterio |
|-------------------------------|----------------------------|--|-----------------------------|
| Prioridades, ética y justicia | 90 | Prioridades poblacionales | 5 |
| | | Acceso | 17 |
| | | Vulnerabilidad/poblaciones necesitadas | 11 |
| | | Equidad, ética y justicia | 32 |
| | | Utilidad | 3 |
| | | Solidaridad | 8 |
| | | Ética y aspectos morales | 14 |
| Contexto global | 106 | Mandato y misión del sistema sanitario | 19 |
| | | Prioridades globales | 6 |
| | | Restricción financiera | 13 |
| | | Incentivos | 5 |
| | | Aspectos políticos | 7 |
| | | Aspectos históricos | 3 |
| | | Aspectos culturales | 10 |
| | | Grado de innovación | 3 |
| | | Colaboración y liderazgo | 9 |
| | | Implicación de pacientes | 3 |
| | | Presión de distintos grupos de interés | 28 |

Fuente: Guindo LA et al. From efficiency to equity: literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. Cost Effect and Res Alloc 2012;10:9

La segunda revisión, publicada en el 2011 (9) se dirigió específicamente a identificar los criterios empleados a nivel internacional para priorizar nuevas tecnologías sanitarias, realizando una encuesta a 74 participantes para establecer los pesos relativos de los criterios relacionados con los beneficios clínicos y otros valores éticos o sociales. En base a los resultados de la revisión, que engloba publicaciones de 12 países y del estado de Oregón, se identificaron 22 criterios que se agruparon en 3 grupos: 1) necesidad, adecuación y beneficios clínicos; 2) eficiencia (incluyendo coste-efectividad) y 3) equidad, solidaridad y otros valores éticos o sociales. En la tabla 6 se listan los criterios, indicando la proporción de países que considera cada uno de los criterios y el peso asignado a los criterios evaluados.

Tabla 6: Uso de criterios para la priorización de nuevas tecnologías sanitarias a nivel internacional

| Dominio | Criterio | Países que consideran el criterio (%) | Peso relativo |
|--|---|--|----------------------|
| Necesidad | General | 5 (42%) | - |
| | Gravedad de la condición | 6 (50%) | - |
| | Disponibilidad de alternativas | 4 (33%) | - |
| Adecuación | Eficacia y seguridad | 5 (42%) | - |
| | Efectividad | 4 (33%) | - |
| Beneficios clínicos | General | 6 (50%) | - |
| | Efecto sobre la mortalidad | 4 (33%) | 0,343 |
| | Efecto sobre la longevidad | 2 (17%) | 0,244 |
| | Efecto sobre la calidad de vida | 4 (33%) | 0,217 |
| Eficiencia | Coste efectividad/beneficio | 9 (75%) | - |
| | Impacto presupuestario | 4 (33%) | - |
| | Costes | 2 (17%) | - |
| Equidad | General | 8 (67%) | - |
| | Accesibilidad | 3 (25%) | - |
| | Asequibilidad para el individuo | 3 (25%) | - |
| Solidaridad | Solidaridad | 6 (50%) | - |
| Otros valores éticos o sociales | Autonomía | 4 (33%) | 0,087 |
| | Valor salud pública | 1 (8,3%) | |
| | Impacto en futuras generaciones | 1 (8,3%) | |
| Otras consideraciones | Calidad de la evidencia clínica y económica | 4 (33%) | |
| | Consistencia con aspectos estratégicos | 3 (25%) | |

Fuente: Golan et al. Health technology prioritization: which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights? Health Policy. 2011;102(2-3):126-35.

En 2013 se publicó un estudio que tenía como objetivo conocer la opinión de los responsables de la toma de decisión sobre los criterios de priorización propuestos con anterioridad para la asignación de recursos sanitarios (10). Se diseñó un cuestionario que recogía 43 criterios organizados en 10 dominios. Los criterios se desarrollaron en base a la herramienta EVIDEM, la revisión sistemática realizada por Guindo et al, (8) y las aportaciones de un comité de trabajo internacional integrado por 30 investigadores/decisores procedentes de 17 países. Cumplimentaron el cuestionario un total de 140 tomadores de

decisiones, procedentes de 23 países (94 responsables políticos; 46 gestores clínicos), que fueron instruidos para contestar anónimamente si los criterios “se consideraban actualmente”, “deberían ser considerados” y puntuar los criterios en una escala del 0 al 5 según la importancia relativa. En la tabla 7 se muestran los resultados y exhiben los pesos medios y la ordenación de las tecnologías respecto a los mismos.

Tabla 7. Ordenación de criterios de priorización según la importancia relativa atribuida por un Comité de trabajo internacional

| Dominio | Criterio | Ranking respecto a “considerado actualmente” | Ranking respecto a “debería considerarse” | Peso medio (± DE) | Ranking respecto al peso medio |
|----------------------------------|--|--|---|-------------------|--------------------------------|
| Resultados y beneficios en salud | Mejoría eficacia/ efectividad | 1 (96%) | 1 (100%) | 4,6 (± 0,7) | 1 |
| | Mejoría seguridad y tolerabilidad | 2 (92%) | 2 (99%) | 4,4 (± 0,8) | 2 |
| | Mejoría salud percibida por el paciente | 17 (73%) | 6 (96%) | 3,9 (± 1,2) | 14 |
| Tipo de servicio sanitario | Preventivo | 24 (58%) | 22 (84%) | 4,2 (± 1,0) | 4 |
| | Terapéutico | 7 (84%) | 19 (85%) | 4,2 (± 0,9) | 7 |
| Enfermedad diana | Gravedad de la enfermedad | 5 (89%) | 11 (94%) | 4,2 (± 0,9) | 5 |
| | Amenaza para la vida | 4 (90%) | 13 (92%) | 4,3 (± 1,0) | 3 |
| | Tamaño población diana | 12 (80%) | 16 (88%) | 4,1 (± 1,0) | 10 |
| | Carga económica de la enfermedad | 19 (72%) | 12 (92%) | 3,8 (± 1,1) | 22 |
| Contexto terapéutico | Guías de práctica clínica y protocolos | 6 (87%) | 9 (94%) | 3,9 (± 1,1) | 17 |
| | Necesidad no satisfecha | 15 (74%) | 17 (88%) | 3,6 (± 1,1) | 30 |
| Impacto económico | Impacto directo sobre los costes sanitario | 8 (83%) | 19 (94%) | 4,0 (± 0,9) | 11 |
| | Impacto sobre el sistema sanitario | 15 (74%) | 8 (95%) | 3,8 (± 1,1) | 18 |
| | Impacto en productividad | 30 (46%) | 25 (77%) | 3,4 (± 1,2) | 41 |
| | Coste de la intervención para el paciente | 27 (51%) | 21 (84%) | 3,6 (± 1,1) | 29 |
| | Empobrecimiento para el paciente | 31 (43%) | 27 (75%) | 3,7 (± 1,2) | 28 |
| | Impacto sobre otros servicios sanitarios | 26 (52%) | 18 (86%) | 3,6 (± 1,2) | 34 |
| | Coste-efectividad de la intervención | 13 (77%) | 4 (97%) | 4,2 (± 0,9) | 6 |

Tabla 7. Ordenación de criterios de priorización según la importancia relativa atribuida por un Comité de trabajo internacional (continuación)

| Dominio | Criterio | Ranking respecto a “considerado actualmente” | Ranking respecto a “debería considerarse | Peso medio (± DE) | Ranking respecto al peso medio |
|----------------------------------|---|--|--|-------------------|--------------------------------|
| Impacto medio-ambiental | Impacto medio-ambiental | 41 (30%) | 29 (71%) | 3,4 (± 1,2) | 38 |
| Calidad/incertidumbre evidencia | Calidad/ incertidumbre evidencia | 3 (91%) | 3 (98%) | 4,2 (± 0,9) | 8 |
| Complejidad de la implementación | Accesibilidad de la población | 21 (66%) | 23 (84%) | 3,7 (± 1,1) | 27 |
| | Riesgo de uso inapropiado | 18 (71%) | 15 (91%) | 3,6 (± 1,0) | 33 |
| | Requisitos organizativos | 9 (82%) | 5 (96%) | 3,6 (± 1,0) | 31 |
| | Requisitos entrenamiento/habilidades | 10 (81%) | 7 (95%) | 3,7 (± 1,1) | 24 |
| | Requisitos normativos | 20 (66%) | 26 (77%) | 4,0 (± 1,0) | 12 |
| | Barreras institucionales/personales a la implementación | 25 (57%) | 24 (79%) | 3,4 (± 1,0) | 39 |
| Prioridades, ética y justicia | Bajo estatus socio-económico | 38 (31%) | 38 (46%) | 4,0 (± 1,0) | 13 |
| | Niños (0-5 años) | 33 (39%) | 35 (50%) | 4,1 (± 1,0) | 9 |
| | Ancianos (≥ 65 años) | 37 (32%) | 39 (44%) | 3,9 (± 1,0) | 15 |
| | Sujetos en edad productiva | 44 (24%) | 42 (41%) | 3,7 (± 1,1) | 25 |
| | Mujeres en edad productiva | 39 (31%) | 40 (43%) | 3,9 (± 1,0) | 15 |
| | Comunidades remotas | 43 (28%) | 37 (48%) | 3,6 (± 1,0) | 31 |
| | Áreas terapéuticas específicas | 36 (33%) | 44 (39%) | 3,8 (± 1,1) | 20 |
| | Evitar comportamientos de riesgo | 35 (34%) | 34 (52%) | 3,8 (± 1,1) | 21 |
| | Enfermedades raras | 40 (31%) | 43 (40%) | 3,5 (± 1,2) | 37 |
| | Subgrupos de pacientes | 32 (41%) | 35 (50%) | 3,7 (± 1,1) | 23 |

Fuente: Tanios N et al. Which criteria are considered in healthcare decisions? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers. Int J Health Tech Assess Health Care 2013; 29: 456-465

Los autores Tromp y Baltusen (11), procedentes del departamento de Atención Primaria y Comunitaria del Centro Médico Universitario de Radboud Nijmegen (Holanda) abordan el desarrollo de un modelo conceptual para la clasificación de criterios de priorización de intervenciones sanitarias. El modelo, basado en criterios identificados a través de una revisión sistemática, propone una categorización atendiendo a las consideraciones de dos marcos de salud de la Organización Mundial de la Salud; el “*Health Systems Performance Framework*” y el “*Health Systems Building Blocks framework*” (tabla 8).

Tabla 8. Modelo conceptual para la clasificación de criterios de priorización de intervenciones sanitarias atendiendo a las consideraciones de dos marcos de salud de la OMS

| Dominio | Criterio | Definición de prioridades |
|---------------------------------|--|--|
| Nivel de salud | Efectividad a nivel individual | Intervenciones que son efectivas para reducir la mortalidad o morbilidad, medida a nivel individual. |
| | Efectividad a nivel poblacional | Intervenciones que son efectivas para reducir la mortalidad o morbilidad a nivel poblacional. |
| | Estado de salud percibido por el paciente | Intervenciones que tienen un alto impacto sobre el estado de salud percibido por el paciente |
| | Seguridad | Intervenciones que no presentan daños en términos de mortalidad o morbilidad |
| Distribución del nivel de salud | Estatus socioeconómico | Intervenciones destinadas a grupos sociales vulnerables. |
| | Lugar de residencia | |
| | Sexo y género | |
| | Etnia | |
| | Orientación sexual | |
| | Gravedad de la enfermedad | |
| | Disponibilidad tratamientos alternativos | |
| Responsabilidad en salud | | |
| Nivel de respuesta | Calidad de la atención percibida por el paciente | Intervenciones que dan respuesta a las expectativas sanitarias de los pacientes |
| | Carga de enfermedad | Intervenciones destinadas a enfermedades graves |

Tabla 8. Modelo conceptual para la clasificación de criterios de priorización de intervenciones sanitarias atendiendo a las consideraciones de dos marcos de salud de la OMS (continuación)

| Dominio | Criterio | Definición de prioridades | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| Riesgo social y financiero | Gasto sanitario catastrófico | Intervenciones que protegen a la gente de gastos desmesurados | |
| | Productividad económica y cuidado a terceros | Intervenciones dirigidas a individuos económicamente productivos o a aquellos que cuidan a terceros | |
| | Enfermedades raras | Intervenciones dirigidas a enfermedades raras | |
| Mejoría de la eficiencia | Tamaño de la población | Intervenciones dirigidas a enfermedades muy frecuentes | |
| Factibilidad | Requisitos de servicios | Intervenciones que son fáciles de implementar debido a la capacidad de los servicios existentes (infraestructura, modelo de prestación de servicios, etc.) | |
| | Requisitos de personal | Intervenciones que son fáciles de implementar debido a la capacidad del personal (disponibilidad de equipos de trabajo, políticas, etc.) | |
| | Requisitos de información | Intervenciones que son fáciles de implementar debido a la capacidad de los sistemas de información | |
| | Productos médicos, vacunas y requisitos tecnológicos | Intervenciones que son fáciles de implementar debido a los productos médicos, vacunas y tecnología existente (normativa, estándares, fiabilidad de la contratación) | |
| | Financiación | Coste unitario | Intervenciones de bajo coste |
| | | Impacto presupuestario | Intervenciones que consumen una pequeña parte del presupuesto |
| | | Agente financiador | Intervenciones que reciben financiación sostenible |
| | Gobernanza/ liderazgo | Congruencia con priorización previa | Intervenciones que están en línea de priorizaciones previas |
| | | Aceptabilidad cultural | Intervenciones que son aceptables culturalmente (normas y valores) |
| | | Aceptabilidad política | Intervenciones que son aceptables políticamente (|
| | | Aceptabilidad de grupos de interés | Intervenciones que son aceptadas por grupos de interés relevantes (representantes de pacientes, contribuyentes, proveedores, votantes, etc.) |
| | | Barreras legales | Intervenciones que no presentan barreras legales |

Fuente: Tromp N et al. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. BMC Health Services Research 2012, 12:454.

El grupo de Pluddemann et al (12), de la Universidad de Oxford, empleó el método Delphi de dos rondas para generar consenso entre un panel internacional de 26 expertos sobre los criterios de priorización a utilizar para determinar las tecnologías diagnósticas a evaluar de cara a su financiación. El panel, que incluyó representantes del gobierno, industria, servicios de salud y académicos, puntuó los criterios según una escala Likert de 7 grados. En base a las respuestas se crearon 3 categorías: 1) prioridad alta (al menos el 70% le otorga una puntuación del 6 o 7); 2) prioridad intermedia (al menos el 50-69% le otorga 6 o 7); 3) prioridad moderada (< 50% le otorga 6 o 7). La lista final consistió en 16 criterios: 5 prioridad alta; 9 prioridad intermedia (tabla 9).

Tabla 9: Criterios de priorización propuestos para tecnologías diagnósticas

| | |
|--|---|
| Prioridad alta | 1. El potencial impacto sobre la morbilidad y/o mortalidad de la enfermedad o condición diana |
| | 2. La nueva tecnología reduce el número de falsos positivos |
| | 3. Una mejora en la precisión diagnóstica empleando la tecnología resultaría en una mejora en la aplicación del tratamiento (menos tiempo de espera, reducción en la mortalidad y/o morbilidad) |
| | 4. La nueva tecnología mejora la capacidad para descartar la enfermedad o condición diana |
| | 5. La enfermedad o condición clínica a la que está dirigida la tecnología está adecuadamente definida |
| | 6. Existe evidencia de la exactitud diagnóstica en el ámbito en el que se va a aplicar la nueva tecnología |
| | 7. La nueva tecnología aumentaría la eficiencia diagnóstica o sería más coste efectiva que las alternativas existentes |
| Prioridad intermedia | 1. La prevalencia o incidencia de la enfermedad o condición clínica |
| | 2. La exactitud diagnóstica de las alternativas existentes para esa enfermedad o condición clínica es problemática |
| | 3. Existe una variación en el tratamiento o resultados derivada de la variabilidad diagnóstica |
| | 4. El algoritmo diagnóstico podría mejorar si se obtiene información de una forma más segura o aceptable para el paciente |
| | 5. Se ha establecido la seguridad de la nueva tecnología |
| | 6. La tecnología mejora la capacidad para confirmar la enfermedad o condición diana |
| | 7. La tecnología tiene una función predeterminada en el algoritmo diagnóstico (reemplaza a otra prueba, triaje o complementaria) |
| | 8. La relevancia de la enfermedad o condición diana para las políticas/prioridades regionales/nacionales |
| | 9. Sería factible cambiar la práctica actual para incorporar la tecnología (infraestructura, entrenamiento, control de calidad, etc.) |
| Fuente: Pluddemann et al. Prioritisation criteria for the selection of new diagnostic technologies for evaluation. BMC Health Services Research 2010, 10:109 | |

Resumen

Los resultados de la revisión sistemática ponen de manifiesto que no existe un acuerdo generalizado en cuanto los criterios que deben regir la priorización de intervenciones sanitarias. De forma general, todos los estudios hacen referencia a 8 dominios, que, atendiendo a las agrupaciones más comunes podrían ser clasificados como: 1) necesidad de la intervención; 2) resultados en salud; 3) tipo de beneficio de la intervención; 4) consecuencias económicas; 5) conocimiento existente sobre la intervención/calidad e incertidumbre de la evidencia; 6) Implementación y complejidad de la intervención/factibilidad; 7) prioridad, justicia y ética y 8) contexto global. En la tabla 10 se muestran los criterios identificados por los distintos estudios para cada uno de los dominios. En total se identificaron 56 criterios generales aunque algunas propuestas hacen referencia a categorizaciones alternativas en las que se contemplan otras subagrupaciones o subcriterios.

Tabla 10: Clasificación de dominios y criterios identificados en la revisión sistemática

| Dominio | Criterios considerados | Categorizaciones alternativas/ subagrupaciones |
|-------------------------------------|---|--|
| Necesidad de la intervención | <ul style="list-style-type: none"> - Gravedad de la enfermedad/ condición - Tamaño población - Necesidad no satisfecha/ disponibilidad de alternativas | <p>Enfermedad diana</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gravedad de la enfermedades -Determinantes de la enfermedad -Carga de la enfermedad/amenaza para la vida -Carga económica de la enfermedad -Epidemiología <p>Contexto terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alternativas terapéuticas/necesidad no satisfecha -Necesidad -Guías de práctica clínica y protocolos -Uso existente |
| Resultados en salud | <ul style="list-style-type: none"> -Beneficios en salud/clínicos -Eficacia/Efectividad -Seguridad/tolerabilidad -Salud percibida por el paciente -Calidad de la atención | <p>Beneficios clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beneficios clínicos generales -Efecto sobre la mortalidad -Efecto sobre la longevidad -Efecto sobre la calidad de vida <p>Salud percibida por el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calidad de vida - Autonomía - Impacto en dignidad - Mejora uso/administración <p>Adecuación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eficacia y seguridad - Efectividad <p>Nivel de respuesta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad de la atención recibida por el paciente - Carga de enfermedad |

Tabla 10: Clasificación de dominios y criterios identificados en la revisión sistemática (continuación)

| Dominio | Criterios considerados | Categorizaciones alternativas/ subagrupaciones |
|--|---|---|
| Tipo de beneficio de la intervención | <ul style="list-style-type: none"> -Beneficios preventivos -Beneficios terapéuticos | |
| Consecuencias económicas/ impacto económico | <ul style="list-style-type: none"> -Costes de la intervención -Costes médicos/sanitarios -Costes no médicos (productividad, coste pacientes, cuidadores) -Empobrecimiento para el paciente -Impacto presupuestario -Impacto financiero -Impacto sobre productividad -Impacto sobre otros servicios -Eficiencia y coste oportunidad -Coste-efectividad | <p>Eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste efectividad/beneficio - Impacto presupuestario - Costes <p>Financiación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste unitario - Impacto presupuestario - Agente financiador <p>Coste de oportunidad y asequibilidad (criterios contexto-dependientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste de oportunidad y si el sistema se lo puede permitir |
| Conocimiento existente sobre la intervención/ Calidad e incertidumbre de la evidencia | <ul style="list-style-type: none"> -Evidencia disponible -Calidad de la evidencia -Relevancia de la evidencia -Incertidumbre de la evidencia -Consenso de expertos/guías de práctica clínica | <p>Otras consideraciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Calidad de la evidencia clínica y económica Consistencia con aspectos estratégicos |
| Implementación y complejidad de la intervención/ Factibilidad | <ul style="list-style-type: none"> -Requisitos normativos/ legislación -Requisitos organizativos -Requisitos tecnológicos -Requisitos de personal -Requisitos entrenamiento/ habilidades personales -Requisitos de información -Flexibilidad de la implementación -Características de la intervención -Uso apropiado -Barreras y aceptabilidad -Integración y eficiencia del sistema -Sostenibilidad -Accesibilidad a la población | |

Tabla 10: Clasificación de dominios y criterios identificados en la revisión sistemática (continuación)

| Dominio | Criterios considerados | Categorizaciones alternativas/ subagrupaciones |
|--------------------------------------|--|---|
| Prioridades, ética y justicia | <ul style="list-style-type: none"> -Prioridades poblacionales -Acceso -Vulnerabilidad -Utilidad -Solidaridad -Ética y aspectos morales | <p>Prioridad, ética y justicia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bajo estatus socioeconómico -Niños (0-5 años o ancianos) -Sujetos en edad productiva -Mujeres en edad productiva -Comunidades remotas -Áreas terapéuticas específicas -Comportamientos de riesgo -Enfermedades raras -Subgrupos específicos de pacientes <p>Equidad</p> <ul style="list-style-type: none"> -General -Accesibilidad -Asequibilidad para el individuo <p>Otros valores éticos y sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Autonomía -Valor salud pública -Impacto en futuras generaciones -Riesgo social y financiero -Gasto sanitario catastrófico -Productividad económica y cuidado a terceros -Enfermedades raras-Prioridades poblacionales |
| Contexto global | <ul style="list-style-type: none"> -Mandato y misión del sistema sanitarios -Alineación con normativa y estrategias -Prioridades globales/ alineación con líneas prioritarias (grupos vulnerables, discapacitados, enfermedades raras, etc.)⁹ -Restricción financiera -Incentivos -Aspectos políticos -Aspectos históricos -Aspectos culturales -Grado de innovación -Colaboración y liderazgo -Implicación de pacientes -Presión de distintos grupos de interés -Impacto medioambiental | <p>Gobernanza/liderazgo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Congruencia con priorización previa -Aceptabilidad cultural -Aceptabilidad política -Aceptabilidad de grupos de interés -Barreras legales |

Fuente: elaboración propia

5.4. Estudios que describen procedimientos de priorización empleados por agencias/organismos de evaluación de tecnologías sanitarias

Se localizó una revisión sistemática realizada en 2007 que identifica y compara los enfoques prácticos empleados por 11 agencias/organismos de evaluación y/o investigación en salud para la priorización de temas a evaluar (13). Se identifican un total de 11 agencias/organismos con sistemas de priorización procedentes de Canadá, Inglaterra, Hungría, Israel, Escocia (Reino Unido), España, Suecia, Holanda y Estados Unidos de América. La mayoría reciben asesoría de juntas directivas de las agencias (n=4) y/o panelistas/comités consultivos (n=7), estando representados en todos estos los gestores sanitarios, profesionales de la salud e investigadores, aunque también pueden participar otros sectores dependiendo del país. Los criterios de priorización por agencia varían entre 5 y 10 (total criterios identificados: 59). Únicamente 4 agencias emplean sistemas de puntuación para informar prioridades.

En la tabla 11 se proporciona un resumen detallado sobre aquellos procesos de identificación y priorización que están orientados a seleccionar las tecnologías relevantes a evaluar de cara a informar la toma de decisión sobre su financiación/reembolso. En total, se incluyen 8 publicaciones que refieren información sobre 8 agencias/organismos de evaluación internacionales: Australia (MSAC), Canadá (CADTH), Estados Unidos de América (AHRQ), Holanda (ZonMW), Lituania, Noruega (NOKC), Reino Unido (NICE) y Suecia (SBU). No se incluyeron las propuestas de España (Osteba), Canadá (AHFRM), Israel (ICTAHC) o Escocia (NHS QIS) citadas en la anterior revisión sistemática, por no estar orientadas a la toma de decisión o no estar adecuadamente documentado el método de selección de prioridades.

Tabla 1: Descripción del proceso de identificación y selección de tecnologías prioritarias empleado por diferentes agencias/organismos de evaluación

| Organización, país | Misión/Población diana | Solicitud/Identificación de propuestas | Requisitos de información para solicitudes | Criterios de filtración | Criterios de priorización | Proceso de selección de tecnologías a evaluar |
|---|--|--|--|---|---|---|
| <p>AHRQ Evidence Practice Center (14) EEUU</p> | <p>Proporcionar a organizaciones públicas y privadas informes de evaluación que faciliten el desarrollo de guías de práctica clínica, indicadores de procedimiento, programas educacionales u la toma de decisiones sobre la efectividad y/o uso apropiado de ciertas tecnologías o servicios. También podrían ser empleados para informar las políticas de reembolso.</p> | <p>Demanda de proveedores de salud, aseguradoras, compradores, sociedades médicas, organizaciones de defensa de los pacientes</p> | <p>Proporcionar justificación y evidencia que apoye la relevancia, 3-5 preguntas sobre el tema, plan para trasladar la educaciónales, etc.), plan de utilización y/o difusión de los productos; descripción del uso e impacto de los productos derivados</p> | <p>-</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Carga de enfermedad: gravedad; incidencia/prevalencia; relevancia para la población general/poblaciones prioritarias de la AHRQ 2. Importante apoyo/nomineación por uno o varios grupos de interés 3. Incertidumbre en beneficios y riesgos 4. Variación en la práctica clínica o controversia en uso apropiado 5. Alto impacto clínico 6. Redundancia 7. Adecuación de la evidencia disponible 8. Previsible impacto económico (costes excesivos) 9. Potencial para producir cambios 10. Riesgo de no priorizar el tema 11. Resuelve inequidades, poblaciones vulnerables o dilemas importantes | <p>No se documenta</p> |
| <p>NICE; Programa de evaluación de la NIHR (15) Reino Unido</p> | <p>Emitir recomendaciones sobre la financiación de la tecnología (vinculantes) NICE tiene el compromiso de emitir recomendaciones en los primeros 6 meses de la autorización de la tecnología</p> | <p>La mayoría de las propuestas son identificadas por el "Horizon Scanning Center" Las compañías médicas están comprometidas a enviar solicitudes. Las solicitudes también pueden proceder de los profesionales sanitarios, investigadores y pacientes</p> | <p>Formularios del NIHR HSC o de las compañías farmacéuticas</p> | <p>No se consideran tecnologías para los que ya existen informes/guías de la NICE previos, o han sido descartados o no priorizados en los 3 años previos Solo se consideran tecnologías que se estime: Presenten un beneficio significativo para el paciente Presenten costes significativamente diferentes Evidencia adecuada para su evaluación</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la población diana, valorando cuestiones de equidad y diversidad 2. Gravedad de la enfermedad, teniendo en cuenta esperanza de vida, movilidad/discapacidad, calidad de vida, impacto en cuidadores/familiares 3. Impacto en recursos (servicios, instalaciones, recursos humanos) 4. Beneficio terapéutico, considerando los beneficios clínicos, efectos secundarios, facilidad de la administración | <ol style="list-style-type: none"> 1º: Filtración por un consultor clínico apoyado en la opinión de expertos e involucrando a directivos clínicos 2º Priorización en base a criterios de priorización por un consultor clínico (puntuación 1 al 5 en función importancia relativa) 2º: Solicitudo de informe al NIHR HSC 3º: Envío del informe del NIHR HSC a la compañía para alegaciones 4º: Discusión interna 5º: NICE, Departamento de Salud y NHS England acuerdan los proyectos a enviar a consulta 6º: Consulta con "stakeholders" y taller para definir alcance 7º: NICE, Departamento de Salud y NHS England acuerdan temas a enviar al Ministerio 8º: Decisión final: Ministerio |

Tabla 11: Descripción del proceso de identificación y selección de tecnologías prioritarias empleado por diferentes agencias/organismos de evaluación (continuación)

| Organización, país | Misión/Población diana | Solicitud/Identificación de propuestas | Requisitos de información para solicitudes | Criterios de filtración | Criterios de priorización | Proceso de selección de tecnologías a evaluar |
|-------------------------------|---|---|---|-------------------------|--|---|
| Lituania, (16) 2013 | No existe un procedimiento formal de evaluación, aunque está legislado que las tecnologías deberán ser evaluadas previamente a su adopción. | Temas prioritarios propuestos por expertos (responsables toma de decisión, profesionales de la salud, academia (docentes e investigadores) considerando temas actuales y prioridades de salud nacionales. | - | - | 1. Impacto presupuestario 2. Beneficio en salud 3. Alternativas 4. Nivel de interés esperado de los decisores políticos 5. Marco temporal 6. Evidencia 7. Implicaciones éticas, legales y sociales | 1. Expertos proponen temas prioritarios y se realiza una ronda Delphi para evaluar su relevancia. 2. Durante la segunda ronda Delphi los expertos refieren hasta 3 problemas de salud relacionados con esos temas y proponen tecnologías para solucionarlos. Los temas y tecnologías se seleccionan por consenso de expertos teniendo en cuenta su experiencia. 3. Durante la tercera ronda los expertos puntúan las tecnologías en función de los 9 criterios de priorización (1-5) que han sido ponderados según la importancia relativa. |
| CADTH, 2010 (17) Canadá | Proporcionar evidencia de calidad para apoyar la toma de decisiones. Sirve a los Ministerios de Salud federales, provinciales y territoriales. | Programa de detección de tecnologías nuevas y emergentes; encuestas a Comité Consultivo, propuestas de diferentes agentes (responsables políticos, gestores, proveedores de la salud, industria, asociaciones profesionales, público (página web) | Se contacta con los solicitantes para esclarecer la propuesta y solicitar información para apoyar la decisión | - | 1. Alternativas 2. Impacto presupuestario 3. Impacto clínico 4. Controversia sobre los cambios políticos 5. Carga de enfermedad (incidencia/prevalencia, esperanza vida, carga económica) 6. Impacto económico (sistema, gobierno y sociedad) o psicosociales 7. Implicaciones éticas, legales 8. Evidencia 9. Nivel de interés esperado (pacientes, media, políticos y profesionales) 10. Marco temporal de la revisión 11. Variación de la frecuencia de uso | 1. Se contacta con solicitantes para esclarecer la propuesta y solicitar información 2. Validación de la propuesta realizando una consulta a los investigadores, decisores y clínicos 3. Desarrollo de un informe breve "Committee briefing paper" por CADTH con información sobre cada criterio y puntuación de cada criterio por dos evaluadores, que se envía al Comité Consultivo 4. Reunión presencial del Comité Consultivo formado representantes de las autoridades sanitarias federales, provinciales y territoriales para seleccionar las tecnologías. |
| NOKC, 2010 (18) Noruega | Proporcionar información científica para apoyar la toma de decisiones. Sirve a las autoridades sanitarias, Dirección General de Salud, Agencia Noruega del Medicamento y Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales | Los temas a abordar de cara a su introducción en carrera son propuestos por el Consejo Noruega para la mejora de la Calidad y establecimiento de prioridades en Salud o por la secretaría, establecida en NOKC. Este Consejo, está integrado por gestores médicos (hospitalarios, atención primaria), autoridades nacionales y representantes de profesionales y pacientes (n=25) | - | - | 1. Gravedad de la enfermedad esperada 2. Magnitud de efecto razonable 3. Razón coste-efectividad 4. Calidad de la evidencia | 1. El Consejo Noruego para la mejora de la Calidad y establecimiento de prioridades en Salud propone la lista de temas a discutir. 2. El Consejo selecciona los temas prioritarios en un plenario teniendo en cuenta los criterios de priorización por consenso y valora la documentación necesaria. 3. La Secretaría, junto con los expertos clínicos, preparan una evaluación exhaustiva, solicitando en la mayoría de los casos informes breves al NOKC para apoyar la toma de decisiones. |

Tabla 1: Descripción del proceso de identificación y selección de tecnologías prioritarias empleado por diferentes agencias/organismos de evaluación (continuación)

| Organización, país | Misión/Población diana | Solicitud/Identificación de propuestas | Requisitos de información para solicitudes | Criterios de filtración | Criterios de priorización | Proceso de selección de tecnologías a evaluar |
|------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| SBU, 2004 (19) Suecia | Proporcionar información científica para apoyar la toma de decisiones y facilitar el desarrollo de guías de práctica clínica, entre otros | Las cuestiones importantes de salud que deberían ser abordadas proceden del Parlamento, del Ministerio de Sanidad o organizaciones sanitarias. Las propuestas sobre tecnologías concretas provienen de individuos que trabajan en el ámbito de la salud | - | - | 1. Suficiente evidencia científica disponible 2. Impacto significativo en la mortalidad y salud 3. Problema común de salud con importantes repercusiones económicas para la sociedad 4. Implicaciones éticas 5. Importancia demostrable desde el punto de vista de la organización o perspectiva profesional 6. Tema controvertido o que causa preocupación en la sociedad | 1°. Se revisan las cuestiones relevantes y se desarrolla una lista de temas que se discute entre los coordinadores de proyectos y el Comité Ejecutivo de SBU. 2°. Se desarrolla una lista de temas que se presenta al Consejo del SBU, que puntúa las propuestas y selecciona los estudios piloto. 3°. Se desarrolla un informe breve 4°. El Consejo del SBU selecciona las evaluaciones finales en base a esta propuesta, teniendo en cuenta los criterios de priorización |
| MSAC, 2005 (20) Australia | Evaluar y emitir recomendaciones sobre las nuevas tecnologías a incluir en la cartera de servicios de Medicare | Profesionales sanitarios, industria u otros | Los solicitantes remiten un formulario de solicitud con información sobre la tecnología a evaluar | Tecnologías o servicios incluidos en la cartera de beneficios de Medicare que han sido aprobadas por el "Therapeutic Goods Administration" | 1. Necesidad clínica: carga de enfermedad/ condición a tratar 2. Incidencia y prevalencia de la enfermedad/condición a tratar 3. Disponibilidad de tratamientos o tecnologías alternativas satisfactorias 4. Uso probable 5. Probabilidad de que la tecnología mejore significativamente el manejo de la enfermedad 6. Coste de la tecnología y sus componentes 7. Incertidumbre 8. Otros factores determinados por MSAC, particularmente, acceso y equidad, resistencia microbiológica | No se proporcionan detalles específicos sobre el procedimiento de priorización. |
| ZonMw, 2012 (21) Holanda | Gestionar los fondos de investigación en medicina, que rigen el programa de evaluación de tecnologías sanitarias. Los proyectos comisionados tienen el propósito de apoyar la toma de decisiones a nivel gubernamental y promocionar el uso de las tecnologías basadas en la evidencia a nivel práctico. | Diferentes profesionales del campo de la salud | Los investigadores remiten un formulario de solicitud con información cuantitativa sobre la relevancia política de la propuesta (carga de enfermedad, beneficio potencial, número de pacientes afectados, costes directos de la intervención, consecuencias económicas y aspectos adicionales) | Se refiere el uso explícito de criterios para la selección de prioridades pero no se documentan explícitamente. | 1°. El Comité del Programa determina la relevancia de la propuesta, pudiendo solicitar en casos excepcionales el Comité consejo de expertos. 2°. La aplicación se remite a revisores externos (mínimo 2) para evaluar la calidad de la propuesta. 3°. El Comité es responsable de la decisión final empleando una matriz para comparar las propuestas. | |

AHRQ: Agency for Health Care Research and Quality; CADTH: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; MSAC: Medical Services Advisory Committee; NHIHR: National Institute for Health Research; NICE: The National Institute for Health and Care Excellence; NOKC: Norwegian Knowledge Center for the Health Services; SBU: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care; ZonMw: Netherland Organization for Health Research and Development

Resumen

De modo general, se observa una gran heterogeneidad respecto a los procesos de identificación y selección de prioridades para evaluación. La mayoría de las organizaciones contemplan propuestas de distintos colectivos (proveedores de salud, profesionales sanitarios/sociedades médicas, investigadores, industria, pacientes/asociaciones pacientes) y tienen en marcha distintos mecanismos activos para identificar tecnologías relevantes. En el Reino Unido, se refiere que la mayoría de las propuestas son identificadas a través del sistema de detección de tecnologías nuevas y emergentes y las compañías médicas están comprometidas a enviar solicitudes. En Canadá, se envían cuestionarios al Comité Consultivo, formado por representantes de las autoridades sanitarias responsables de la provisión de servicios sanitarios en las distintas jurisdicciones de Canadá, y a distintos agentes claves del sistema sanitario, además de revisar el programa de tecnologías nuevas y emergentes e informes breves y las solicitudes web. En Noruega, los temas a abordar son propuestos directamente por el Consejo Noruega para la Mejora de la Calidad y Priorización Sanitaria, constituido por 25 miembros (gestores médicos, autoridades nacionales y representantes de profesionales y pacientes). De forma similar, en Suecia las cuestiones importantes de salud que deberían ser abordadas proceden del Parlamento, del Ministerio de Sanidad o de organizaciones sanitarias.

El proceso de establecimiento de prioridades difiere sustancialmente respecto al enfoque operativo y actores involucrados, no quedando claro en algunos casos el método explícito de priorización. Atendiendo a la información recuperada se establece que tres países emplean enfoques de priorización cualitativos (NOKC, SBU, ZonMw). En cuanto a Noruega, las prioridades respecto a los temas a abordar de cara a su introducción en cartera las establece el Consejo Noruega para la mejora de la Calidad y Establecimiento de Prioridades en Salud por consenso a partir de los criterios definidos, valorando si es necesario solicitar información adicional para apoyar el proceso de toma de decisión. En Suecia, la filtración y priorización pasa por el Consejo del SBU, que selecciona los temas definitivos basándose en los criterios de priorización y resultados de un informe breve. En la organización holandesa para la investigación y desarrollo (ZonMw), los proyectos a evaluar son seleccionados por un Comité de expertos empleando una matriz para comparar propuestas.

Tres países refieren el uso de enfoques cuantitativos (NICE, CADTH, Lituania). En el NICE, las propuestas son filtradas y priorizadas por un consultor clínico atendiendo a la puntuación de los criterios de priorización. Tras este proceso, se solicita un informe al NIHR HSC para valorar las propuestas a remitir a consulta (NICE, Departamento de Salud y NHS England) y enviar

al Ministerio, que es el que emite la resolución definitiva respecto a los temas a evaluar. En Canadá las propuestas son puntuadas por dos evaluadores en base también a un informe breve, se ordenan atendiendo al peso preasignado a cada uno de los criterios por el Comité Consultivo y se envían a este órgano para su evaluación. Lituania propone el uso del método Delphi con tres rondas, puntuando las tecnologías en función de los 9 criterios de priorización (1-5) que han sido ponderados según la importancia relativa.

Existe una gran variabilidad respecto a los criterios de priorización y a la terminología empleada para definir los mismos. Las 7 publicaciones que hacen referencia a los criterios explícitos de priorización emplean 39 términos diferentes, que se han agrupado en la actual revisión en 18 criterios atendiendo a las agrupaciones identificadas a través de la búsqueda actual (tabla 12).

Tabla 12: Criterios de priorización empleados por agencias/unidades de evaluación

| Categoría | Agencias que utilizan criterios englobados en esta categoría (%) |
|--|--|
| Frecuencia (incidencia/prevalencia) | 5 (71%) |
| Carga de la enfermedad (clínica y/o económica) | 6 (86%) |
| Beneficios clínicos y/o terapéuticos | 7 (100%) |
| Evidencia | 5 (71%) |
| Alternativas | 3 (43%) |
| Impacto económico/costes | 3 (43%) |
| Implicaciones éticas, legales y/o psicosociales | 3 (43%) |
| Equidad/accesibilidad | 3 (43%) |
| Nivel de interés esperado/demostrado (pacientes, clínicos, profesionales, media) | 3 (43%) |
| Variabilidad/controversia sobre uso/incertidumbre | 3 (43%) |
| Impacto organizativo (recursos, personal, servicios) | 2 (29%) |
| Impacto presupuestario | 2 (29%) |
| Marco temporal de la revisión | 1 (14%) |
| Coste efectividad | 1 (14%) |
| Tema que causa controversia/preocupación sociedad | 1 (14%) |
| Controversia sobre cambios políticos | 1 (14%) |
| Riesgo de no priorizar un tema | 1 (14%) |
| Probabilidad de uso | 1 (14%) |

6 Discusión

Los resultados de la actual revisión sistemática ponen de manifiesto que a pesar de existir un acuerdo generalizado en cuanto a la necesidad de establecer procedimientos racionales y transparentes para priorizar las evaluaciones sanitarias, y una importante actividad internacional en cuanto a la definición y clasificación de criterios para el establecimiento de prioridades sanitarias, hay poca información sobre los métodos explícitos de priorización empleados para informar el proceso de selección a nivel de las distintas agencias/organismos de evaluación. Los procesos de priorización descritos emplean en su mayoría enfoques subjetivos y denotan una falta de transparencia respecto al procedimiento explícito de priorización.

El proyecto EUR-ASSESS (22), puesto en marcha en 1995 para promover la coordinación de la evaluación de las tecnologías médicas entre los estados miembros de la Unión Europea en 1995, estudió específicamente la determinación de prioridades como uno de sus objetivos y llegó a la conclusión de que no existía un procedimiento estándar para la determinación de prioridades en ETS y esta situación se sigue manteniendo en el escenario actual. Como resultado de este proyecto se realizaron una serie de recomendaciones, que hacen referencia, entre otros aspectos, a la necesidad de dejar claro como se identifican los criterios de priorización, a que el proceso sea transparente, aceptado, pragmático y consistente con la misión del programa y recursos, a la valoración de los costes y beneficios de la evaluación y de ser posible, a métodos que permitan la puntuación de las intervenciones de un modo sistemático frente a los criterios de priorización.

Las 7 agencias/organismos de evaluación que proporcionan información sobre el proceso explícito de priorización exhiben una gran variabilidad respecto a la terminología empleada para definir los criterios, y una falta de concreción respecto a como se han seleccionado los mismos. Atendiendo a la clasificación propuesta en la actual revisión sistemática, se establece que las tecnologías se priorizan en todos los casos en función de sus potenciales beneficios clínicos y la mayoría de las agencias consideran también otros criterios relacionados con la necesidad de la intervención, la calidad de la evidencia y el impacto económico, aunque en este último caso de un modo diferente, contemplándose en algunos casos únicamente los costes directos de la tecnología. Los criterios de prioridad, ética y justicia, empleados con frecuencia en otros ámbitos sanitarios para la toma de decisión sobre el establecimiento de prioridades (8, 9), son valorados en algo menos de la mitad de las agencias y son una minoría las que consideran factores relacionados con la complejidad

de la implementación (requisitos de entrenamiento/habilidades, requisitos de servicios, requisitos organizativos) o con el contexto político-sanitario (alineación con normativa y ámbito del sistema sanitario, coste oportunidad, asequibilidad). Por el contrario, surgen algunos criterios diferenciadores como la variabilidad, la controversia sobre uso o incertidumbre y el interés esperado o demostrado para pacientes, clínicos, profesionales y media.

Entendemos que las diferencias en cuanto a los criterios surgen, en parte, por los distintos marcos normativos y misión de las agencias o organismos de evaluación. Observamos que los criterios parecen estar alineados con los propuestos para la asignación de recursos sanitarios en el caso de agencias en las que la evaluación está dirigida a informar el proceso de toma de decisión sobre la introducción en cartera de nuevas tecnologías (por ejemplo, NICE, CADTH o MSAC), haciendo estas agencias referencia más o menos explícita a los 8 dominios que se propone deberían ser considerados. Las diferencias aparecen sobretudo en el caso de otras agencias incluidas, como AHRQ o SBU, en las que no solo se realizan informes a demanda para informar el reembolso, sino que también se abordan informes de evaluación dirigidos al desarrollo de guías de práctica clínica, indicadores de procedimiento, u otros documentos basados en la evidencia. Los criterios de priorización desarrollados por la agencia IQWiG (Institute for Quality in Health Care, Germany) (23), considera únicamente aspectos relacionados con la relevancia de la evaluación y la evidencia al estar dirigidos exclusivamente a identificar los temas que presentan mayor interés para pacientes y consumidores (profesionales sanitarios, etc.) y por esta razón no han sido incluidos en el presente estudio. Asimismo, tampoco se ha considerado el proceso de priorización establecido por Osteba, propuesto también para seleccionar aquellas tecnologías que los profesionales sanitarios consideran más necesitadas de evaluación (24).

Estimamos que los criterios empleados también podrían estar condicionados en cierto modo por los valores, recursos y ámbito de actuación de las agencias o organismos de evaluación en cuanto a tipos de tecnologías incluidas en los programas (fármacos, dispositivos médicos, procedimientos médicos o quirúrgicos, pruebas diagnósticas, etc.), aunque esto no se hace explícito en la mayoría de las publicaciones recuperadas. A pesar de que algunas propuestas, como la EVIDEM, proponen una serie de criterios universales de priorización se ha argumentado que los criterios de priorización son siempre contexto-específicos dado que la utilidad, viabilidad y valor relativo de una tecnología va a estar influido por la capacidad económica del país ya que esto determina en gran medida los recursos que la sociedad considera aceptable asignar a las intervenciones sanitarias y a la evaluación (6, 25). A día de hoy, son muchos los autores que sugieren que los criterios de priorización deberían ser definidos

y ponderados atendiendo a la misión, visión y valores de la organización, incorporando la visión de los representantes de la administración sanitaria, profesionales sanitarios y pacientes (4, 6, 26, 27).

Los documentos recuperados dejan también importantes incertidumbres respecto a como se determina el valor relativo de los distintos criterios y se incorpora esta información al proceso de toma de decisión. De las cuatro organizaciones que refieren puntuar las propuestas en base a los criterios de priorización (NICE, CADTH, SBU, Lituania) (15, 17, 19), solo una proporciona información específica sobre como se aborda este proceso (CADTH) (17). En este caso, se emplea la metodología de análisis multicriterio, concretamente el método del proceso analítico, para asignar pesos a los distintos criterios. La identificación y ponderación de criterios la realizan los miembros de dos Comités Consultivos, que son a su vez los responsables de la toma de decisión definitiva. El Comité valora las puntuaciones otorgadas por 2 evaluadores técnicos y otra información adicional proporcionada que hace referencia al nivel de interés esperado, al marco temporal, a las políticas de acceso y reembolso, a la tasa de uso y a los proyectos de investigación en marcha en Canadá.

Las metodologías de análisis multicriterio, empleadas rutinariamente en otros ámbitos, se han postulado como herramientas de gran valor para apoyar cualquier proceso de priorización, ya que facilitan una evaluación y comparación de alternativas de forma sistemática, transparente y objetiva (7, 26, 28, 29). Aunque existen distintos enfoques metodológicos multicriterio (cualitativos o cuantitativos), todos se caracterizan por evaluar cada una de las intervenciones frente a una serie de criterios relevantes para la toma de decisión, que han sido asignados pesos por un agente decisor, y obtener una valoración global de cada una de las intervenciones. El uso del análisis multicriterio en la selección de evaluaciones permite que, de acuerdo a unos criterios acordados, se seleccionen aquellas evaluaciones que tengan mayor valor añadido, optimizando los recursos y mejorando la eficiencia.

La herramienta PriTec (<http://www.pritectools.es>), diseñada para la priorización de tecnologías susceptibles de observación postintroducción (30) y tecnologías potencialmente obsoletas (31), es una herramienta web que permite automatizar el análisis multicriterio. La herramienta permite puntuar y ordenar las tecnologías en función de múltiples criterios previamente categorizados y ponderados. La herramienta calcula automáticamente una puntuación ponderada por dominio y una puntuación global y posibilita comparar hasta 50 tecnologías de forma simultánea, generando automáticamente un informe de priorización que incluye los principales resultados en

formato de tablas y gráficos. Cuando se analiza la factibilidad y fiabilidad de la herramienta en el contexto de un taller de observación post-introducción se puede observar que la herramienta es reproducible cuando es aplicada por diferentes evaluadores (CCI:0,95), aunque se encuentra cierta heterogeneidad en relación a algunas tecnologías, en parte atribuida a la falta de instrucciones operativas de como trasladar un resultado a una escala de valor y en parte a la falta de información disponible (32).

En línea con lo planteado en el modelo marco desarrollado por Sibbald et al. (4), la experiencia en la implementación de la herramienta PriTec pone de manifiesto que para garantizar la objetividad del proceso es necesario definir adecuadamente los criterios y establecer un formulario con los requisitos mínimos de información necesarios para abordar cada uno de los criterios de priorización. Asimismo, se resalta que es importante que los evaluadores estén familiarizados con la herramienta y conformes con el proceso de priorización. Aunque se reconoce que ninguna fórmula técnica puede tomar decisiones por sí misma, se plantea que la herramienta, una vez perfeccionada y adaptada a los diferentes contextos, podría apoyar en gran medida el proceso de toma de decisiones.

En este sentido, opinamos que el desarrollo de una herramienta de priorización multicriterio automatizada, basada en la metodología PriTec, podría ser también útil para seleccionar las tecnologías a evaluar de cara a su introducción en la cartera de servicios. Consideramos que es importante que la propuesta preliminar de criterios y dominios de priorización se fundamente en otras experiencias de priorización, pero que incorpore además la visión de los agentes responsables de priorizar las técnicas a evaluar de cara a su introducción en el SNS, ya que tal como se ha comentado anteriormente, la adecuación y adaptación al marco normativo y reglamentario nacional es clave para mejorar su aplicabilidad en el proceso de toma de decisiones (4, 6, 28). Teniendo en cuenta que en el ámbito de la cartera de servicios, la priorización está dirigida a seleccionar las tecnologías a evaluar de cara a su introducción es difícil diferenciar entre el posible impacto de realizar una evaluación y el impacto que la tecnología tendría en sí misma. Por esta razón, entendemos que los criterios y dominios deben reflejar en gran medida los principios y valores que condicionan la asignación de prioridades sanitarias en el sistema sanitario español.

Por otra parte, consideramos que la ponderación de los dominios debe ser realizada por un grupo multidisciplinar integrado por miembros de diferentes sectores implicados en la gestión y utilización de nuevas tecnologías, incluyendo decisores procedentes de diversos ámbitos de la macrogestión,

la mesogestión y la microgestión sanitaria, expertos clínicos de primaria y especializada, pacientes y otros colectivos representantes de potenciales usuarios (sociedades científicas, asociaciones de pacientes, organizaciones de consumidores y usuarios, grupos de participación comunitarios, etc.) ya que de este modo se incorporarían los valores sociales y necesidades de los distintos agentes clave, contribuyendo a mejorar la aceptabilidad por parte de la comunidad médica y la población general.

La priorización es la culminación de un proceso que se inicia con la solicitud o identificación de propuestas, que deben ser analizadas y valoradas para determinar su potencial relevancia. Protocolizar y estandarizar como se deben realizar estas acciones (quién, cómo y qué información) se estima crítico para garantizar el éxito del proceso. En este sentido, puede observarse que un gran número de organizaciones contemplan propuestas de distintos colectivos y tienen en marcha distintos mecanismos activos para identificar tecnologías relevantes. La mayoría emplean formularios específicos para las solicitudes y basan la priorización en esta información, apoyándose en la opinión de expertos y/o informes breves *ad hoc* para realizar la priorización.

A la hora de establecer el procedimiento operativo hay que tener presente las experiencias de priorización escandinavas, que ponen de manifiesto que las prioridades sanitarias no se pueden establecer con fórmulas técnicas, ya que en la toma de decisión influyen múltiples factores de diversa índole que son imposibles de categorizar al variar de acorde a situaciones puntuales o específicas (33, 34). El establecimiento de prioridades es un procedimiento complejo y con independencia del tipo de procedimiento de priorización empleado, o de la exhaustividad en cuanto a la definición de los criterios, siempre existe cierta subjetividad en la valoración de los aspectos relacionados con los mismos, por lo que será inexcusable la realización de un juicio de valor final por parte de los decisores.

Cabe resaltar que la presente revisión sistemática está limitada por las dificultades inherentes a la búsqueda de información sobre procesos de priorización de tecnologías sanitarias debido a la falta de normalización del vocabulario respecto a este tema. A propósito de mejorar la eficiencia, la búsqueda se ha restringido al título, por lo que aunque se han utilizado distintas combinaciones de palabras clave y términos relacionados, no se descarta haber perdido algún artículo relevante. En muchos casos, este tipo de información no se publica en revistas científicas y es difícil de recuperar debido a las importantes carencias de los motores de búsqueda de las páginas web. En cualquier caso, opinamos que esto no restaría valor al actual trabajo, ya que éste no está dirigido a describir todas las experiencias internacionales,

sino a identificar criterios y elementos que puedan ser claves para el desarrollo de la propuesta de priorización nacional.

En resumen, aunque no parecen existir criterios universales o procedimientos estándares para la asignación de prioridades, se han identificado algunos acuerdos generalizados y tendencias comunes respecto a aspectos fundamentales (criterios, modelos y estrategias, actores clave). El trabajo actual proporciona un análisis detallado de estos aspectos y ofrece recomendaciones clave para el desarrollo de un marco de priorización exitoso. Se plantea que esta información podría ser útil no solo para las agencias u organismos de evaluación sino para cualquier organismo público que pretenda establecer prioridades sanitarias.

7 Conclusiones

1. Los resultados de la revisión sistemática ponen de manifiesto que no parecen existir criterios universales o procedimientos estándares para la priorización de prestaciones sanitarias.
2. De forma general, todos los estudios que abordan la definición y clasificación de criterios para la selección de prestaciones sanitarias contemplan 8 dominios: 1) necesidad de la intervención; 2) resultados en salud; 3) tipo de beneficio de la intervención; 4) consecuencias económicas; 5) conocimiento existente sobre la intervención/calidad e incertidumbre de la evidencia; 6) implementación y complejidad de la intervención/factibilidad; 7) prioridad, justicia y ética y 8) contexto global.
3. La escasa información existente muestra que el proceso de establecimiento de prioridades de las agencias/organismos respecto a las tecnologías a evaluar difiere sustancialmente en los criterios, el enfoque operativo y los actores involucrados, denotando la mayoría una falta de transparencia respecto al método explícito de priorización.
4. El análisis de los estudios apunta a que las diferencias en cuanto a los criterios surgen, en parte, por los distintos marcos normativos y misión de las agencias u organismos de evaluación, estando los criterios bastante alineados con los propuestos para la priorización de prestaciones sanitarias en el caso de agencias/organismos en los que la evaluación está dirigida a informar el proceso de toma de decisión sobre la introducción en cartera de nuevas tecnologías.
5. Las herramientas basadas en los métodos de análisis multicriterio surgen como una opción que podría contribuir a mejorar la objetividad del proceso de priorización.
6. Se ha establecido que para que el procedimiento de priorización sea exitoso es clave que en el proceso de selección de criterios participen diferentes actores, que el proceso de priorización sea explícito, que esté alineado con el contexto y valores sociales, que exista una adecuada gestión de la información, que esté institucionalizado, ligado a cambios, exista experiencia en su implementación, sea satisfactorio y esté aceptado y bien valorado por todos los actores y la sociedad.
7. Se estima que la herramienta web PriTec, una vez perfeccionada y adaptada para cartera de servicios, podría servir para facilitar el proceso de

priorización, ya que permitiría ordenar las tecnologías sobre la base de la puntuación de unos criterios previamente categorizados y ponderados, facilitando una evaluación y comparación de las alternativas de forma sistemática, transparente y objetiva.

8 Bibliografía

1. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº 222, (15 de septiembre de 2006).
2. Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 285, (28 de noviembre de 2007).
3. Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Boletín Oficial del Estado, nº. 244, (11 de octubre 2013).
4. Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, Martin DK. Priority setting: what constitutes a success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Serv Res.* 2009;9(43).
5. Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Evidence and Value: Impact on DEcisionMaking--the EVIDEM framework and potential applications. *BMC Health Services Research.* 2008;8:270. PubMed PMID: 19102752.
6. Youngkong S, Tromp N, Chitama D. The EVIDEM framework and its usefulness for priority setting across a broad range of health interventions. *Cost Eff Resour Alloc.* 2011;9:16.
7. Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Bridging health technology assessment (HTA) and efficient health care decision making with multicriteria decision analysis (MCDA): applying the EVIDEM framework to medicines appraisal. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making.* 2012;32(2):376-88. PubMed PMID: 21987539.
8. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. *Cost Eff Resour Alloc.* 2012;10(1):9. PubMed PMID: 22808944.

9. Golan O, Hansen P, Kaplan G, Tal O. Health technology prioritization: which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights? *Health Policy*. 2011;102(2-3):126-35.
10. Tanios N, Wagner M, Tony M, Baltussen R, van Til J, Rindress D, et al. Which criteria are considered in healthcare decisions? insights from an international survey of policy and clinical decision makers. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(04):456-65.
11. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:454.
12. Pluddemann A, Heneghan C, Thompson M, Roberts N, Summerton N, Linden-Phillips L, et al. Prioritisation criteria for the selection of new diagnostic technologies for evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:109.
13. Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, Skidmore B. Priority setting for health technology assessments: a systematic review of current practical approaches. *Int J Health Technol Assess Health Care*. 2007;23(3):310-5.
14. Agency for Healthcare Research and Quality. EPC topic nomination and selection. Bethesda: U.S. Department of Health & Human Services; 2015.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Technology Appraisal Topic selection; 2015 [citado junio 2015]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/topic-selection>.
16. Jankauskiene D, Petronyte G. A model for HTA priority setting: experience in Lithuania. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(4):450-5.
17. Husereau D, Boucher M, Noorani H. Priority setting for health technology assessment at CADTH. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010;26(3):341-7.
18. Mørland B, Ringard Å, Røttingen J-A. Supporting tough decisions in Norway: A healthcare system approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010;26(04):398-404.
19. Carlsson P. Health technology assessment and priority setting for health policy in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(1):44-54.

20. Medical Services Advisory Committee. Funding for new medical technologies and procedures: application and assessment guidelines. Canberra: Medical Services Advisory Committee; 2005.
21. The Netherlands Organisation of Health Research and Development. ZonMw summary assessment procedure; 2012 [citado junio 2015]. Disponible en: <http://www.zonmw.nl/en/about-zonmw/method/>.
22. Henshall C, Oortwijn W, Stevens A, Granados A, Banta D. Priority setting for health technology assessment. Theoretical considerations and practical approaches. Priority setting subgroup of the EUR-ASSESS Project. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997;13(2):144-85.
23. Bastian H, Scheibler F, Knellingen M, Zschorlich B, Nasser M, Waltering A. Choosing health technology assessment and systematic review topics: the development of priority-setting criteria for patients' and consumers' interests. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011;27(4):348-56.
24. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Dirección de Ordenación y Evaluación Sanitarias. Priorización de los temas a evaluar. Vitoria-Gasteiz: Osteba Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 1996.
25. Gulácsi L, Boncz I, Drummond M. Issues for countries considering introducing the “fourth hurdle”: The case of Hungary. *Int J Health Technol Assess Health Care*. 2004;20(3):337-41.
26. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2006;4:14.
27. Baltussen R, Youngkong S, Paolucci F, Niessen L. Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences. *Health Policy*. 2010;96(3):262-4.
28. Devlin NJ, Sussex J. Incorporating multiple criteria in HTA. *Methods and processes*. London; 2011.
29. Marsh K, Dolan P, Kempster J, Lugon M. Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. *J Public Health* 2012;35(3):460-6.
30. Varela Lema L, Ruano Raviña A, Cerdá Mota T, Blasco Amaro JA, Gutiérrez Ibarluzea I, Ibarгойen Roteta N, et al. Observación post-introducción de tecnologías sanitarias. Guía metodológica. Versión Abreviada. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia

de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t;2007. Informe N.º: avalia-t N.º 2007/02.

31. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, Cerdá Mota T, Ibarгойen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnoloxías sanitarias obsoletas. Guía metodolóxica. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2007. Informe N.º: avalia-t N.º 2007/01.
32. Varela Lema L, Ruano Raviña A, Cerdá Mota T, Queiro Verdes T. Observación de tecnoloxías sanitarias despoés de su introducción en la práctica clínica. Priorización y propuesta de protocolo de evaluación. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2010. Informe N.º: avalia-t 2009/02.
33. Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ*. 1998;17:1000-2.
34. Berg M, van der Grinten T, Klazinga N. Technology assessment, priority setting, and appropriate care in Dutch health care. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(1):35-43.

Anexo A: estrategia de búsqueda

A. Búsqueda manual en la revista International Journal of Technology Assessment in Health Care (Cambridge Journals)

| Línea | Estrategia | Items |
|-------|--|-------|
| 1 | priority or prioritization or prioritisation or prioritize or prioritise or priorities | 22 |

B. Inahta

| Línea | Estrategia | Items |
|-------|---|-------|
| 1 | priority or prioritization or prioritisation or prioritize or prioritise or priorities | |
| 2 | criteria or setting or settings or set or approach or approaches or procedure or procedures | |
| 3 | #1 OR #3 | 2 |

C. Bases de datos Generales

PubMed (Medline) 86 ref.

| Línea | Estrategia | Items |
|-------|--|-------|
| 1 | "Biomedical Technology"[Mesh] OR "Technology Assessment, Biomedical"[Mesh] OR "Technology"[Mesh] OR technologies[TI] OR technology[TI] OR intervention*[TI] OR HTA[TI] | |
| 2 | priority[Title] OR prioritization[Title] OR prioritisation[Title] OR prioritize[Title] OR prioritise[Title] OR priorities[Title] OR selection [Title] | |
| 3 | criteria[Title] OR setting[Title] OR settings[Title] OR set[Title] OR approach[Title] OR approaches[Title] OR procedure[Title] OR procedures[Title] | |
| 4 | #1 AND #2 AND #3 | 86 |

Embase (Ovid) 95 ref.

| Línea | Estrategia | Items |
|-------|---|-------|
| 1 | medical technology/ or biomedical technology assessment/ or technology/ | |
| 2 | (technologies or technology or intervention* or HTA).ti. | |
| 3 | #1 OR #2 | |
| 4 | (priority or prioritization or prioritisation or prioritize or prioritise or priorities).ti. | |
| 5 | (criteria or setting or settings or set or approach or approaches or procedure or procedures).ti. | |
| 6 | #3 AND #4 AND #5 | 95 |

