

**CRITERIOS Y CATEGORÍAS PARA LA PRIORIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN
SALUD EN EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL POS**

**DOCUMENTO TÉCNICO
PROYECTO POS – UPC 2012 – 2013**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL – COMISIÓN DE REGULACIÓN EN
SALUD UAE – CRES
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA**

Bogotá, D.C., Diciembre de 2012



DIRECCIÓN DEL PROYECTO

Esperanza Giraldo Muñoz
Martha Lucía Gualtero Reyes
Comisionadas

Nelcy Ruth Peñaranda Correa
Coordinadora Grupo de Regulación
Subdirección Técnica UAE – CRES

EQUIPO TÉCNICO

Beatriz de las Mercedes Rodríguez Doncel MD
Inés María Galindo Henríquez MD
Darío Mauricio Díaz Salamanca
Profesionales Especializados UAE-CRES

Giancarlo Buitrago Gutiérrez MD
Consultor UAE-CRES



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES DE PRIORIZACIÓN EN COLOMBIA.....	5
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
METODOLOGÍA	12
MÉTODOS UTILIZADOS EN EL PROCESO.....	12
<i>Revisión sistemática de la literatura</i>	12
<i>Consenso tipo Delphi en tiempo real</i>	13
<i>Cuenta de Borda</i>	13
FASE 1. IDENTIFICACIÓN Y PROPUESTA INICIAL DE CRITERIOS Y CATEGORÍAS.....	14
<i>Revisión sistemática de la literatura</i>	15
<i>Propuesta de criterios por grupo técnico</i>	15
FASE 2. 1RA REUNIÓN DE EXPERTOS.....	16
FASE 3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	18
FASE 4. 2DA REUNIÓN DE EXPERTOS.....	20
RESULTADOS DEL PROCESO	22
FASE 1. IDENTIFICACIÓN Y PROPUESTA INICIAL DE CRITERIOS Y CATEGORÍAS.....	22
<i>Revisión sistemática de la literatura</i>	22
<i>Propuesta de criterios por grupo técnico UAE-CRES</i>	27
FASE 2. 1RA REUNIÓN DE EXPERTOS.....	30
<i>Resultados de votación</i>	35
FASE 3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	38
<i>Votación de preferencia de los criterios y categorías de priorización</i>	40
<i>Resultados de votación de preferencias de usuarios</i>	40
<i>Resultados de votación de preferencias de sociedades científicas</i>	42
<i>Propuesta de nuevos criterios y recomendaciones</i>	46
FASE 4. 2DA REUNIÓN DE EXPERTOS.....	51
CONCLUSIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXO 1. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA INCLUSIÓN DE TECNOLOGÍAS. PROCESO DE ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL POS 2011.	62
ANEXO 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA ELECTRÓNICA.	70
ANEXO 3. ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN LA REVISIÓN INICIAL.	71
ANEXO 4. PUNTAJES DADOS A LOS CRITERIOS POR PARTE DEL GRUPO TÉCNICO DE LA UAE-CRES	73
ANEXO 5. AGENDAS DE REUNIÓN CON EXPERTOS	75
ANEXO 6. RESULTADOS INDIVIDUALES DEL PROCESO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	76



INTRODUCCIÓN

El actual Plan Obligatorio de Salud (POS) se encuentra conformado por tecnologías en salud con unas reglas de uso y finalidad para la atención de todas las patologías por las cuales puedan consultar los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con una estructura de contenido y mecanismos generales de acceso.

Una vez la Comisión de Regulación en Salud (CRES) inició el ejercicio de sus funciones determinadas en la Ley 1122 de 2007, se propuso como meta la consolidación de una metodología y de unas herramientas para llevar a cabo la actualización del POS que incluyó el diseño de criterios de priorización de tecnologías en salud para evaluar y para incluir al POS y que sirvieron como fuente de información para la toma de decisiones. Con esta metodología, aprobada en junio de 2011, la CRES realizó la actualización integral del POS en el mismo año.

Cumplido su propósito, y como parte de un mejoramiento continuo dentro del proyecto “Definición, Actualización, Cálculo, Modernización del POS, UPC, Pagos Moderadores y Prestaciones Económicas en el SGSSS 2012 – 2013”, el equipo técnico designado de la Subdirección Técnica de la Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en salud (UAE-CRES), inició la autoevaluación de la metodología aplicada teniendo en cuenta, además, otros aspectos contextuales como la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). En este proceso se evidenció la necesidad de realizar algunos ajustes, entre ellos, la revisión de los criterios de priorización a tener en cuenta por parte de los tomadores de decisiones para la actualización del POS, así como por los actores del SGSSS cuando adelanten solicitudes de posibles inclusiones de Tecnologías en Salud (TS) al POS. Dichos criterios de priorización contribuirán a proporcionar información adecuada para todos los actores del SGSSS.

El proceso de toma de decisiones para la inversión en tecnologías de salud para la población colombiana que forma parte del sistema de salud, requiere de mucha información, de transparencia y de una metodología explícita que permita determinar un ordenamiento de TS candidatas a formar parte del POS. Este proceso necesita de criterios ordenantes que deben abarcar, entre otros, los derivados de las premisas fundamentales que desde la Ley 100 de 1993 se han determinado para efectos de un proceso de actualización del POS, así como de otros que la evidencia a nivel mundial señalan.

La Comisión de Regulación en Salud (CRES), tiene la obligación de realizar las actualizaciones puntuales e integrales a los beneficios cubiertos por el POS. Para cumplir con este propósito general, el proceso de priorización de tecnologías es esencial dentro de las actividades encaminadas a tal fin. Como ya se mencionó, este proceso de priorización requiere de unos criterios y categorías que permitan el ordenamiento final de



las TS. La selección y definición final de criterios y categorías no es fácil y obliga a realizar un proceso transparente, sistemático, válido y que incorpore las expectativas y opiniones, tanto de expertos en el SGSSS como de la comunidad en general.

Para tal fin, la UAE-CRES propuso la formulación de los criterios de priorización para Colombia, basados en la evidencia, en la opinión de expertos y en las preferencias de los usuarios del sistema (ciudadanía en general y comunicad científica con uan participación importante de las sociedades científicas). La evidencia científica dio como resultado información acerca de experiencias en el mundo, en las que se utilizaron diferentes criterios para procesos de priorización. Esta información fue la base de las discusiones de expertos de reconocida trayectoria y conocimiento del SGSSS y de la comunidad en general, a través de procesos participativos, de consenso y de valoración de preferencias sociales. Todas estas actividades finalmente condujeron a una propuesta de criterios y categorías para la priorización de TS en la actualización del POS y cada criterio con pesos relativos asociados. Este documento técnico presenta la información de la metodología utilizada, los resultados en cada fase del proceso y las conclusiones finales de los criterios y categorías propuestos.

ANTECEDENTES DE PRIORIZACIÓN EN COLOMBIA

Cada vez más la tendencia mundial señala la necesidad de contar con un proceso explícito para la toma de decisiones que afectan a los ciudadanos, aunque se tengan algunos otros criterios de política pública que sumen a la hora de tomar la decisión para efectos de, por ejemplo, introducir elementos de equidad para algunas poblaciones.

En la última década, diferentes criterios han cobrado mucha importancia en la toma de decisiones, es el caso de la efectividad, seguridad o costo efectividad de las intervenciones en salud. Se han desarrollado sofisticaciones a los modelos utilizados en el análisis de esta información y esto ha permitido la utilización de información confiable o muy precisa en relación con dichos criterios. Sin embargo, la toma de decisiones de financiamiento, requiere de otras consideraciones de igual o mayor importancia para la mejor provisión de servicios en salud. Por ejemplo los análisis de costo efectividad, fallan a la hora de proporcionar información de problemas sociales o políticos, equidad, implementabilidad, severidad de la enfermedad, disponibilidad de alternativas en el mercado, satisfacción o percepción de la comunidad, impacto al presupuesto, etc.

En general se consideran atributos de un buen criterio, los siguientes:

1. Ser exhaustivo.
2. Ser factible de usar.
3. Garantizar independencia entre criterios.
4. No ser redundante.



5. Explicarse de la manera más completa con el menor número de variables posibles (ser parsimonioso).

Por otro lado, muchos países tienen la responsabilidad de tomar decisiones para el financiamiento, dentro de los sistemas nacionales de salud. Colombia no es la excepción y a través de la CRES, que tiene actualmente dentro de sus principales funciones, tomar la decisión de qué se incluye o no al POS, atendiendo las necesidades en salud de la población, entre otros aspectos, ya ha realizado diferentes estrategias que propenden a este objetivo.

Un reporte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), presenta como criterios utilizados por Colombia hasta el 2009 para la inclusión de tecnologías en salud al POS, los siguientes:

- Protección financiera.
- Costo – efectividad.
- Necesidades en salud.
- Impacto generado en el sistema por los recobros de prestaciones no incluidas en el POS.
- Criterios que no se consideran de orden técnico: inclusión por cumplimiento de una sentencia judicial.

La Ley 1438 de 2011 dispuso en su artículo 25 que la actualización del plan de beneficios se efectuaría atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

En el año 2011, la UAE-CRES en el marco de la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS), propuso dos procesos de priorización para dos momentos diferentes del proceso de actualización integral: el primero en la identificación de TS a evaluar o “priorización para evaluar”, y el segundo en la toma de decisiones sobre TS a incluir al POS o “priorización para incluir”.

El proceso de identificación de criterios para ordenar el volumen importante de tecnologías en salud para evaluar se desarrolló con los siguientes pasos metodológicos:

- Revisión ampliada de literatura.
- Propuesta de criterios de priorización al interior de la CRES para pasar a Proceso de Participación de la ciudadanía y sociedades científicas.
- Calificación de importancia o grado de aceptabilidad y ponderación o peso de cada criterio, incluyendo los nuevos criterios propuestos en proceso de participación ciudadana.
- Consolidación de resultados en cada ciudad



- Consolidación general de resultados.
- Evaluación de los criterios frente a atributos por parte de grupo técnico interno de la UAE-CRES.

Se revisaron diversos artículos a partir de los cuales se propusieron, por el grupo técnico de la UAE-CRES, 4 dimensiones para englobar los 16 criterios seleccionados que fueron presentados al proceso de participación ciudadana.

Se construyeron las herramientas necesarias para aplicar en el proceso de participación ciudadana que se realizó en 8 ciudades del país, con lo cual se obtuvo para cada uno de los participantes la valoración del grado de aceptación a cada uno de los criterios propuestos, así como la propuesta de nuevos criterios. Le permitía al participante decidir si estaba de acuerdo o no con el criterio mencionado, si lo estaba se solicitó valorar cuantitativamente con una Escala de tipo Likert con puntajes de 1 a 5.

Los criterios de priorización contemplados fueron los trabajados en los talleres que se llevaron a cabo durante el primer ciclo de participación ciudadana, donde además de analizar los criterios propuestos por la UAE-CRES a partir de los aspectos normativos, de carga de la enfermedad, de interés en salud pública, sociales, entre otros, también se recogieron las propuestas de criterios manifestados por los representantes de las organizaciones de usuarios de la salud y comunidad científica que asistieron a los talleres efectuados por la UAE-CRES en las distintas ciudades del país, los cuales también fueron votados por preferencia en cada una de ellas, teniendo al final del proceso 38 criterios de priorización entre los propuestos inicialmente por el grupo técnico de la CRES y los propuestos y votados por la comunidad científica y de usuarios en las distintas ciudades.

Los 38 criterios de priorización para evaluar tecnologías fueron analizados por el grupo técnico de la UAE-CRES para adelantar la calificación de atributos de calidad de cada criterio y conformar la propuesta final de criterios de priorización para evaluar TS. Igualmente el grupo técnico hizo la determinación y alistamiento de las escalas de valoración y fuentes. Los criterios de priorización para evaluar fueron los siguientes:

Tabla No 1. Criterios de Priorización para Evaluar tecnologías en salud. Proceso de Actualización Integral del POS 2011.

No.	CRITERIO/DESCRIPCIÓN
LEGALES	
CD 1	Recomendación o inclusión de la tecnología en las leyes especiales.
CD 2	Relación de la tecnología con algunos de los grupos de atención preferente señalados en la Ley 1438 de 2011
CARGA DE LA ENFERMEDAD	
CD 3	Relación de la tecnología con una patología que implica una elevada pérdida de salud para el usuario (años de vida perdidos por muerte prematura o por discapacidad).
CD 4	Utilización de la tecnología en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o



No.	CRITERIO/DESCRIPCIÓN
	paliación de una patología o enfermedad de alta frecuencia dentro de la población, de acuerdo a los estudios de carga de enfermedad.
SOCIALES	
CD 5	Utilización de la tecnología en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de una patología relacionada con los siguientes grupos de población vulnerable: menores de 14 años, mayores de 60 años y mujeres entre 15 a 44 años.
CD 6	La tecnología complementa la atención de un evento cubierto por el Plan Obligatorio de Salud.
CD 7	Aporte de la tecnología a la calidad de vida del individuo, su familia y entorno.
TÉCNICOS	
CD 8	Relación de la tecnología con las normas para la detección temprana, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
CD 9	Relación de la tecnología en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de una enfermedad de interés en Salud Pública.
CD 10	Utilización de la tecnología en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de una enfermedad catalogada como crónica.

Fuente: Informe técnico. Actualización integral del POS 2011. UAE-CRES

Una vez identificados los criterios de priorización para evaluar las tecnologías se procedió a la aplicación de cada uno de ellos para efectos de la priorización de condiciones de salud y a partir de allí jerarquizar las tecnologías a evaluar.

Una vez realizadas las evaluaciones de tecnologías en salud, la UAE-CRES debía presentar una propuesta de actualización integral del POS con un ordenamiento de las tecnologías favorables para su posible inclusión al POS a partir de criterios explícitos para inclusión. Dicho proceso de selección de criterios de priorización fueron trabajados directamente por el grupo técnico de la UAE-CRES teniendo en cuenta los criterios para evaluar trabajados con amplia participación de la ciudadanía e igualmente teniendo en cuenta las recomendaciones de los comités técnicos Ad Hoc para la actualización integral del POS año 2011. Los criterios de priorización para inclusión de tecnologías utilizados para la propuesta de actualización en el año 2011 fueron los siguientes (El anexo 1, presenta de forma detallada la definición y operacionalización de cada criterio):

- a. Carga de enfermedad: este criterio representa las necesidades en salud de la población colombiana expresadas a través de las principales patologías que ocasionan la mayor cantidad de años de vida saludables perdidos por discapacidad (morbilidad) y/o muerte prematura, según el indicador AVISAS, de acuerdo al estudio efectuado por la UAE-CRES para la actualización del POS, basado en el estudio de carga de la enfermedad del CENDEX del año 2005.
- b. Contribución a la atención integral en salud: este criterio se basa en la necesidad de dar relevancia al enfoque de integralidad en el manejo del ciclo salud-enfermedad de los afiliados al SGSSS, con énfasis hacia la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de los riesgos y daños en salud, para favorecer el desarrollo del marco



estratégico de la Política Pública – APS, con el fin de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención.

- c. Impacto poblacional: este criterio relaciona el volumen de la población que se estima será beneficiada por la tecnología en salud analizada.
- d. Política pública: bajo este criterio se recogen los temas de salud que el Gobierno Nacional ha considerado prioritarios para la población colombiana y que a su vez, son concordantes con los objetivos concertados con los países de la región y del mundo (Objetivos de Desarrollo del Milenio), todos ellos acogidos por el Plan Nacional de Salud Pública y el Plan Nacional de Desarrollo. En este contexto, los contenidos del POS y sus coberturas juegan un papel relevante para el alcance de los objetivos en salud de la política pública.
- e. Impacto económico - UPC: este criterio incorpora un aspecto que va más allá de la evaluación económica de cada tecnología, al valorar la razonabilidad de su costo, así como la tasa de remplazo de la tecnología analizada, la incidencia del evento relacionado y la población beneficiaria estimada, variables que inciden en el cálculo del impacto financiero sobre la Unidad de Pago por Capitación; es decir en la sostenibilidad micro del Sistema.
- f. Condición especial - SGSSS: con este criterio se quiere medir el impacto de los costos de la tecnología en el conjunto de las fuentes de financiación del SGSSS que garantizan su sostenibilidad macro, en particular si se mantienen por fuera del plan de beneficios. Por ello se consideró importante tener dentro de los criterios de priorización para inclusión aquellas tecnologías en salud objeto de recobros, estudiadas en el proceso de actualización integral del POS, de mayor impacto o frecuencia en los recobros.

Todas las tecnologías con concepto Favorable y Favorable condicionado, se procesaron bajo los criterios de priorización antes descritos.

Dentro del proceso de autoevaluación de la metodología de actualización del POS, como parte de los objetivos propuestos dentro del Proyecto de Actualización del POS 2012-2013, se revisaron los dos procesos de priorización anteriores frente a las siguientes variables:

- Ser Transparente
- Ser Explícito
- Ser Sistemático (reproducibile)
- Si los Criterios cumplieron atributos
- Útilidad en su aplicación



Producto de la aplicación de las anteriores variables por parte del grupo técnico encargado de los ajustes metodológicos para la actualización del POS, se obtuvieron los siguientes resultados:

Proceso de Priorización de tecnologías para evaluar:

- Transparente SI
- Explícito SI
- Sistemático (reproducible) PARCIAL
- Criterios cumplieron atributos PARCIAL
- Útiles en su aplicación PARCIAL

Proceso de Priorización de tecnologías para propuesta de inclusión al POS.

- Transparente SI
- Explícito SI
- Sistemático (reproducible) PARCIAL
- Criterios cumplieron atributos PARCIAL
- Útiles en su aplicación SI

Como grandes fortalezas del proceso de priorización en el año 2011, tenemos que se constituyó en la primera experiencia en el desarrollo de sistemas de priorización para actualización del Plan Obligatorio de Salud, e igualmente tuvo una amplia participación de actores del SGSSS para la definición de los criterios de priorización para evaluación, de los cuales también se derivaron buena parte de los criterios para inclusión de tecnologías.

Como se puede deducir de los anteriores resultados de autoevaluación de los procesos de priorización, se observó necesario trabajar en un nuevo ajuste del sistema de priorización de tal forma que la metodología aplicada para la selección de los criterios fuera sistemática e igualmente, permitiera aumentar el grado de utilidad en su aplicación. Lo anterior, sumado a la entrada del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), evidenció la necesidad de modificar el sistema de priorización que tenía dos momentos: para evaluar y para posible inclusión al POS, y pasar a un solo sistema de priorización de tecnologías para la actualización del POS a través de la definición de criterios explícitos para priorización de tecnologías en salud para incluir.

Dado lo anterior, este documento tiene como objetivo, mostrar la metodología y resultados del proceso que permitieron realizar la identificación inicial de los criterios y categorías de priorización de tecnologías en salud para la actualización del POS.



OBJETIVOS

Los objetivos de este proceso fueron los siguientes:

OBJETIVO GENERAL

Determinar los criterios y categorías de priorización de tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), así como su ponderación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la evidencia científica existente a la fecha, acerca de criterios utilizados en la priorización de tecnologías que serían financiadas en sistemas de salud.
2. Explorar la percepción de expertos en el SGSSS, en cuanto a los criterios y categorías que deberían tenerse en cuenta en un proceso de priorización de tecnologías en Colombia, para la actualización del POS.
3. Explorar la percepción de sociedades científicas y usuarios del SGSSS, en cuanto a los criterios y categorías que deberían tenerse en cuenta en un proceso de priorización de tecnologías en Colombia, para la actualización del POS e igualmente conocer sus recomendaciones y propuestas al respecto.
4. Proponer los criterios y categorías para la priorización de tecnologías dentro del proceso de actualización integral del POS e igualmente su ponderación.



METODOLOGÍA

Para cumplir con los objetivos planteados, el grupo técnico de la UAE-CRES diseñó un proceso de 4 fases, que fueron las siguientes:

- Fase 1. Identificación y propuesta inicial de criterios y categorías.
- Fase 2. 1ra reunión de expertos.
- Fase 3. Participación ciudadana.
- Fase 4. 2da reunión de expertos.

MÉTODOS UTILIZADOS EN EL PROCESO

Cada fase contó con unos objetivos, actividades y resultados individuales, que en su conjunto contribuyeron al objetivo general del proceso. Las actividades de cada fase, se realizaron en 3 propuestas metodológicas que respondían a los objetivos de dichas fases. Las propuestas metodológicas fueron las siguientes:

1. Revisión sistemática de la literatura.
2. Consenso tipo Delphi en tiempo real.
3. Cuenta de Borda (función de elección social).

Revisión sistemática de la literatura

Clasificada como un tipo de investigación secundaria, en la cual se utilizan reportes primarios de otras experiencias de investigación y que preferiblemente se encuentren en publicaciones indexadas, en la que se utilizaron las recomendaciones de la metodología propuesta por la colaboración Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones en salud. Según estas recomendaciones, se realizaron las siguientes actividades:

- i. Definición de pregunta de revisión.
- ii. Definición de criterios de selección de evidencia.
- iii. Definición de fuentes de búsqueda.
- iv. Diseño de estrategia de búsqueda electrónica.
- v. Desarrollo de la búsqueda electrónica.
- vi. Selección de evidencia encontrada, en relación con los criterios definidos.
- vii. Extracción de información de literatura seleccionada.
- viii. Presentación de resultados en informe de revisión.

Esta metodología fue utilizada en la fase 1 del proceso.



Consenso tipo Delphi en tiempo real

El método Delphi es un consenso de expertos iterativo. Cada participante completa un cuestionario y se da el resumen de las respuestas, en forma cuantitativa y/o cualitativa. Con esta información, los participantes vuelven a diligenciar el formulario y se explican puntos de vista que fueron muy diferentes entre el grupo. En las nuevas rondas, los participantes pueden cambiar de opinión, sobre la base de la nueva información. Este proceso se repite tantas veces como sea necesario hasta declarar consenso. El Delphi tradicional es un proceso que puede durar hasta 8 semanas, entre iteración y evaluación de resultados.

Existe una modificación del Delphi tradicional, el Delphi cara a cara o en tiempo real, en el cual se realiza el consenso en una o máximo dos sesiones, y tiene la ventaja del tiempo y el bajo presupuesto. El número de participantes puede variar entre 7 y 30 expertos.

Este método fue utilizado para llegar a un consenso entre los expertos, en la primera y segunda reunión (fases 2 y 4, respectivamente).

Cuenta de Borda

En la teoría microeconómica actual, se conocen muchas propuestas de mecanismos para determinar la *elección social*, en la que se exploran las valoraciones de un conjunto de personas y estas valoraciones terminan agrupadas en una sola *función de elección social* que represente a todas las preferencias de dicho grupo de individuos. Una de las propuestas más aceptadas, dado que cumple con diferentes propiedades “deseables” para la función de elección social, es la Cuenta de Borda.

La cuenta de Borda fue propuesta por el matemático francés Jean Charles Borda en 1770. En esta, los candidatos se ordenan según las preferencias de cada participante. A cada candidato se le asigna un valor que es igual al valor absoluto de la diferencia entre el puesto asignado y el número de posibles escogencias más uno. Así:

$$X_i^j = |P_i^j - (n + 1)|$$

Donde:

X_i^j = La valoración dada por el individuo i , al candidato o posible elección j



P_i^j = puesto o ranking en el que quedó el candidato o posible elección j , dentro de las preferencias del individuo i .

n = Número total de candidatos o posibles elecciones para todos los participantes.

El puntaje total obtenido por cada candidato o participante es:

$$X^j = \sum_{i=0}^j X_i^j$$

Finalmente el ordenamiento social, o función de elección social, está dada por el ordenado por todos los puntajes obtenidos por cada candidato o posible elección.

La cuenta de Borda es ampliamente utilizada por diferentes sistemas de votación y elección a nivel mundial, entre estos tenemos los sistemas de elección política en algunos países europeos, sistemas de selección de ganadores de muchos premios relacionados con deportes en los Estados Unidos y para la elección de referentes en diferentes universidades prestigiosas (Universidad de Michigan, Universidad de California, Universidad de Harvard, Wheaton College, etc).

La cuenta de Borda fue utilizada para determinar el ordenamiento de preferencias de los grupos de interés que participaron en este proceso: expertos, sociedades científicas y representantes de usuarios (Fases 3 y 4 del proceso).

A continuación se describen las actividades realizadas en cada fase del proceso.

FASE 1. IDENTIFICACIÓN Y PROPUESTA INICIAL DE CRITERIOS Y CATEGORÍAS

El proceso de identificación y propuesta inicial de criterios y categorías se realizó a través de dos actividades, la primera de ellas fue una revisión sistemática de la literatura, que identificara los criterios y categorías que han sido presentados en publicaciones de revistas científicas para la toma de decisiones.

La segunda actividad, se realizó con análisis y discusiones del equipo técnico de la UAE-CRES e incorporó la información encontrada en la literatura y permitió dar una recomendación inicial, basada en la evidencia y en la experiencia previa en el desarrollo de estos procesos.



Revisión sistemática de la literatura

Se desarrolló una estrategia de búsqueda electrónica, en las bases de datos Medline, Embase, The Cochrane Library, Health Technology Assessment y LILACS. La estrategia fue diseñada para Pubmed y fue traducida a los diferentes buscadores de cada base de datos. La estrategia básica se presenta en el Anexo 2. La búsqueda inicial fue realizada el 17 de julio de 2012. Los criterios de inclusión de los artículos fueron: 1. Que el artículo defina "criterios para priorización" de tecnologías o tópicos en salud; 2. Estos criterios pueden ser para evaluación de tecnologías; 3. Se prefieren artículos de investigación en un sistema nacional y 4. Los artículos pueden ser de revisión o de estudios primarios. No existieron límites de fecha o de idioma.

Se diseñó un instrumento que permitió la captura de la información relevante de cada publicación. Este instrumento fue diligenciado por el equipo técnico. Este contenía las siguientes variables:

Tabla No. 2. Instrumento de recolección de información de evidencia encontrada.

Criterios de priorización utilizados o propuestos	País donde se describe el contexto de utilización de la priorización. Puede ser en general.
País de publicación	País o países de donde pertenece el autor o afiliación institucional
Año	Año de publicación
Descripción de artículo	Descripción (breve) del artículo. Tipo de artículo (revisión o estudio primario o revisión sistemática). Objetivo del artículo
Criterios de priorización utilizados o propuestos	Criterios que proponen dentro del artículo para priorización
Nivel de priorización	Nivel: nacional, regional, municipal o no descrito
Ponderación (S/N)	Proponen ponderación de los criterios (si o no)
Observaciones	Observaciones adicionales, importancia o relevancia del artículo en nuestro contexto, posibles sesgos, etc.

Los criterios encontrados en los artículos, fueron presentados en tablas de evidencia.

Propuesta de criterios por grupo técnico

En la segunda actividad, el grupo técnico de la UAE-CRES, con base en los resultados de la revisión de la literatura y en la experiencia de cada uno de los integrantes, así como en los desarrollos técnicos de la UAE-CRES, mediante reuniones de consenso informal, decidió presentar los criterios que se proponen en este documento.

Para ello utilizó un sistema de ponderación de cada uno de los criterios encontrados en la revisión sistemática. Dada la gran cantidad de criterios, mediante una escala de 9 ítems



utilizada en psicometría, se realizó una votación independiente, para cada uno de los ellos. Con esta información se ponderó cada criterio y cada categoría y se realizaron análisis descriptivos para obtener los criterios preliminares.

FASE 2. 1ra REUNIÓN DE EXPERTOS

Esta reunión tuvo como objetivos:

- Socializar el proceso de determinación de criterios y categorías de priorización de evaluación de tecnologías.
- Presentar y discutir los resultados de la revisión sistemática de la literatura a los expertos participantes.
- Determinar por consenso, los criterios y categorías iniciales que se presentarían en el proceso de participación ciudadana.

Para poder cumplir con los objetivos planteados, se diseñó un proceso basado en el consenso tipo Delphi en tiempo real, definido previamente.

El grupo coordinador de la UAE-CRES, seleccionó a profesionales expertos en el SGSSS, que pertenecen o hayan sido parte de instituciones gubernamentales, gremiales, universitarias o transnacionales, y que desearan participar de forma voluntaria a título personal.

La reunión, inicialmente fue diseñada para ser realizada en una jornada, pero dada la gran discusión de los participantes, se decidió realizar otra jornada adicional (26 de septiembre y 8 de octubre de 2012). Se presentó toda la información de la revisión sistemática de la literatura, así como las recomendaciones sobre los criterios a tener en cuenta. Esta actividad estuvo a cargo del grupo técnico coordinador de la UAE-CRES. Además se discutió toda la evidencia presentada y los criterios y categorías que los expertos fueron describiendo. Después de la discusión, todos los criterios se sometieron a una medición objetiva por parte de los participantes.

Para llegar a un acuerdo (consenso), se diseñó un formulario digital, basado en la herramienta de formularios de Google Docs®. Este formulario tenía todas las categorías que fueron previamente discutidas y avaladas por el grupo de expertos para ser votadas. La figura 1 presenta un ejemplo del formulario dado a los expertos.



Figura 1. Formulario digital enviado a los participantes.

DETERMINACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA LA PRIORIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD EN EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL POS – CONSENSO DE EXPERTOS – Primera Ronda

La Comisión de Regulación en Salud (CRES) se encuentra realizando el proceso de identificación de criterios y categorías para la priorización de tecnologías en salud, para la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS). Una fase de este proceso lo compone la realización de un consenso de expertos que permita identificar los criterios y categorías mencionados anteriormente.

Según la siguiente escala:

1. Completamente en desacuerdo.
2. Muy en desacuerdo.
3. En desacuerdo.

4. Parcialmente en desacuerdo.
5. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
6. Parcialmente de acuerdo.

7. De acuerdo.
8. Muy de acuerdo.
9. Completamente de acuerdo.

¿Cuál es el grado de acuerdo para cada uno de las siguientes categorías, en relación con su incorporación final como elemento fundamental a considerar en la priorización de tecnologías para la actualización del POS?

***Obligatorio**

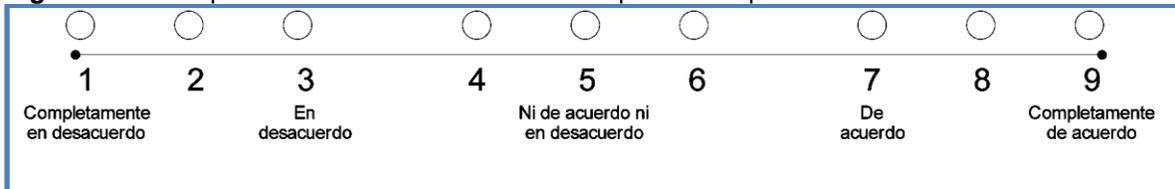
Desenlaces en salud y beneficio de la intervención *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Completamente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Completamente de acuerdo								

Se utilizó una escala ordinal de nueve categorías para calificar cada una de las preguntas (Figura 2). Teniendo en cuenta esto, cada uno de los criterios y categorías propuestos, se calificó como recomendada (apropiada), no recomendada (inapropiada) o dentro de un nivel de incertidumbre, de acuerdo al valor de la mediana de las respuestas de los expertos. Además, se presentó la información del grado de acuerdo o consenso, con los resultados de los rangos de respuesta a cada una de las preguntas. Esta calificación fue basada en el método descriptivo propuesto por Sánchez y colaboradores.



Figura 2. Escala para calificación a utilizar en el Delphi en tiempo real.



Fuente. Tomado de Sánchez y cols. Rev. Colomb. Psiquiat. 2009

De acuerdo a este método, primero se recopiló cada una de las respuestas de los expertos de forma anónima, se calcularon medianas y se ubicaron los puntos extremos del rango de respuestas. Si los puntos extremos del rango de respuestas se ubicaban en alguna de las tres regiones de la zona de escala (1 a 3; 4 a 6; 7 a 9), se consideró que existía acuerdo fuerte y se declaró consenso. Si los puntos extremos del rango se ubicaban dentro de dos regiones consecutivas (1 a 3 y 4 a 6, por ejemplo), se consideró acuerdo relativo. Si los puntos extremos del rango se encontraron dispersos entre dos regiones no consecutivas (1 a 3 y 7 a 9) se consideró que no existía consenso. En los casos en los que no existió consenso o existió acuerdo relativo se realizó una segunda ronda de calificación, durante la cual se utilizó la misma escala de la Figura 2.

Finalmente, si después de tres rondas no existió consenso, se determinó que esos criterios no se presentarían en el proceso de participación ciudadana. Estos criterios y categorías, fueron la propuesta inicial que se presentó y discutió en el proceso de participación ciudadana.

FASE 3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Este proceso de participación presentó los siguientes objetivos:

- Presentar a la comunidad de usuarios y de sociedades científicas, el proceso de determinación de criterios y categorías de priorización de tecnologías en salud para actualización del Plan Obligatorio de Salud.
- Valorar la preferencia sobre los criterios propuestos por parte de los participantes (cuenta Borda).
- Discutir y recoger las expectativas y comentarios de la comunidad de usuarios y de la comunidad científica, con relación a los criterios y categorías propuestos.

El grupo técnico de la UAE-CRES, contó con el apoyo del grupo asignado al proyecto de participación ciudadana para la convocatoria e inscripción de delegados de los dos grupos de interés: usuarios del sistema de salud y comunidad científica e igualmente para la logística general del proceso.

La fase participación ciudadana presentó varios retos metodológicos para su desarrollo. De una parte se requería encontrar la mejor metodología que diera cuenta de las



preferencias individuales de los grupos de interés que participaron en esta fase, es decir la comunidad de usuarios y la de comunidad científica. Dicha metodología fue la Cuenta de Borda que permitió hacer esta valoración de manera directa y permitió ir acumulando las votaciones a medida que se avanzaba en el proceso por siete diferentes ciudades del país. Por otro lado, para efectos de la transparencia del proceso, se necesitó adelantar el escrutinio en tiempo real y presentar los datos de votación de preferencia en la misma jornada de trabajo y taller propuestos. Igualmente y en especial para los usuarios, se manejó un lenguaje que mostrara claridad sobre el tópico “Priorización para la actualización del POS” y los aspectos relativos a cada uno de los criterios propuestos, de tal manera que se diera la mejor comprensión por los participantes de los criterios de priorización que serían sometidos a votación.

Para cumplir con estos aspectos se diseñó un instructivo y una herramienta para capturar de manera manual la votación de preferencia de los criterios de priorización propuestos, donde el votante ordenaba en la sección derecha, en orden de preferencia, cada uno de los criterios sin repetir ninguno, en un formato como el que se muestra a continuación:

Tabla No. 3. Instrumento de obtención de preferencias de comunidad (usuarios y sociedades científicas) para conteo de Borda.

CRITERIO	ORDEN DE PREFERENCIA DE LOS CRITERIOS
C1- Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud.	
C2- Tasa de incidencia y/o prevalencia.	
C3- Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	
C4- Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	
C5- Mejora en eficacia y efectividad.	
C6- Mejora de seguridad y tolerancia.	
C7- Mejora de los resultados en salud reportados por paciente.	
C8- Interés en Salud Pública.	
C9- Tipo de beneficio clínico.	
C10- Impacto en el presupuesto del Plan de Salud.	
C11- Costo-efectividad de la intervención.	
C12- Completitud y calidad del reporte.	



CRITERIO
C13- Relevancia y validez de la evidencia.
C14- Equidad en grupos vulnerables.
C15- Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación).

ORDEN DE PREFERENCIA DE LOS CRITERIOS

De otra parte, el participante tuvo la opción de consignar aparte un criterio nuevo o aportar recomendaciones a tener en cuenta para la aplicación de los criterios propuestos.

Igualmente se desarrolló una hoja electrónica programada para ir consignando los resultados en el orden de preferencia, de tal forma que ésta calculó de manera inmediata el puntaje obtenido por cada uno de los criterios. Esto permitió presentar el cuadro de votación por orden de preferencia de los criterios en cada ciudad y por cada grupo de interés.

De igual manera se capturaron los datos consignados por los participantes en relación a nuevos criterios. Finalmente para efectos del taller y sugerencias, se realizaron mesas de discusión por grupos en relación con nuevos criterios propuestos y recomendaciones e inquietudes de los participantes que fueron consignados por una de las personas del equipo técnico, por cada ciudad. Todas las sesiones fueron grabadas en formato de video y audio.

Una semana antes del inicio de las sesiones de participación ciudadana, se envió el documento denominado “Propuesta de Criterios de Priorización de Tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud” en donde se condensaba el avance del proceso metodológico a la fecha e igualmente se adjuntó un instructivo con el cual se desarrollaría el taller respectivo en cada ciudad.

FASE 4. 2da REUNIÓN DE EXPERTOS

Esta reunión tuvo como objetivos:

- Presentar los resultados del proceso de participación ciudadana.
- Discutir todos los resultados del proceso.
- Definir los criterios y categorías finalmente seleccionadas para la priorización de tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud.
- Definir los pesos relativos a cada criterio seleccionado para la priorización de tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud.



Con los objetivos de la reunión planteados previamente, el grupo técnico de la UAE-CRES realizó la segunda reunión de expertos el jueves 29 de noviembre de 2012. Se convocaron a los expertos que habían participado en la primera reunión y a dos representantes más, uno de la comunidad científica y otro de los usuarios.

En esta reunión, se presentaron los resultados de la participación ciudadana. Los participantes tuvieron acceso a la información, una semana antes de la reunión. Se dio espacio para la discusión de los resultados de participación ciudadana.

La discusión desarrollada en esta segunda reunión de expertos se realizó con tres propósitos:

El primero de ellos fue conocer la opinión de los expertos en relación con los criterios nuevos propuestos por la participación ciudadana. Para ello, se discutió la pertinencia de incluir o no un nuevo criterio en la propuesta inicial presentada. Al no existir unanimidad de los expertos, se procedió a realizar un consenso tipo Delphi en tiempo real, con la metodología de Sánchez y colaboradores, expuesta previamente, la que permitió establecer si existió acuerdo total con el nuevo criterio propuesto para así ser incluido o no dentro de la nueva propuesta.

El segundo propósito de la discusión, fue determinar si debería existir un punto de corte “adecuado”, para definir un límite de criterios, que conformara el conjunto final de criterios de priorización. Para ello se definió un porcentaje límite arbitrario, que correspondía a la suma del puntaje obtenido por todos los criterios con mayor puntaje, como proporción del puntaje total de la votación en la cuenta de Borda. El conjunto final de criterios, estaría determinado por los criterios que completaran el mínimo porcentaje

El tercer y último propósito de la discusión, se centró en el análisis de argumentos, acerca del posible peso que tendrían cada uno de los criterios finales que conformarían los criterios de priorización, según posibles escenarios derivados de la votación de preferencia de los tres grupos de interés.

Además de la discusión, se procedió a realizar una cuenta de Borda entre el grupo de expertos, sin la intervención de los representantes de sociedades científicas y usuarios, quienes ya habían votado en sus respectivos eventos de participación ciudadana.

Se presentaron diferentes escenarios con los resultados de la cuenta de Borda, agrupados en total y por tipo de participantes (sociedades, usuarios y expertos). Finalmente el grupo de expertos definió el peso que debería tener cada uno de los participantes dentro de la selección final y ponderación de criterios.



RESULTADOS DEL PROCESO

FASE 1. IDENTIFICACIÓN Y PROPUESTA INICIAL DE CRITERIOS Y CATEGORÍAS

Objetivo:

- Identificar los criterios y categorías que se han utilizado a nivel mundial, para la priorización de tecnologías sanitarias.

Revisión sistemática de la literatura

La revisión inicial arrojó 66 artículos, se revisaron títulos y resúmenes y se seleccionaron los artículos que cumplieran con los criterios mencionados previamente en la sección de metodología. Se utilizaron técnicas de “bola de nieve” para encontrar información relevante. Al final se seleccionaron 25 artículos que cumplieran con los criterios. En el anexo 3 se presenta la cita bibliográfica de cada uno de ellos.

Mediante la estrategia de “bola de nieve” y la búsqueda posterior de nueva bibliografía, se encontró una revisión de Guindo y colaboradores, la cual tiene el mismo objetivo que la revisión propuesta por el grupo técnico y había realizado métodos explícitos de búsqueda de información.

Esta revisión se realizó en julio de 2011 y tenía límites de idioma (inglés, francés y alemán). Muchos de los artículos encontrados por ellos, habían sido incluidos en nuestra revisión inicial. Por lo tanto, utilizamos de base el artículo de Guindo y adicionamos nuevos artículos, encontrados en español o del período de julio del 2011 a julio de 2012, con lo que obtuvimos 4 artículos incluidos finalmente.

Los artículos finalmente incluidos, sus características y los criterios encontrados en ellos, son presentados en la tabla No. 4.

Tabla No. 4. Tabla de evidencia de artículos incluidos en la revisión.

CITACIÓN	PAÍS	AÑO	DESCRIPCIÓN DE ARTÍCULO	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN UTILIZADOS O PROPUESTOS	NIVEL DE PRIORIZACIÓN	PONDERACIÓN (S/N)
Byskov, J., P. Bloch, et al. (2009). "Accountable priority setting for trust in health systems--the need for research into a new approach for strengthening sustainable health action in developing countries." Health Res Policy Syst 7: 23. (7)	Kenia, Tanzania, Zambia	Publicación 2009, realizado entre 2005 y 2008.	<p>Descripción de otra manera para realizar la priorización de intervenciones en salud que consideren la calidad, accesibilidad y confianza, denominado REACT, aplicado en Kenia, Tanzania y Zambia, el cual implica la intervención de investigadores y un componente social. Describe los mecanismos de recolección de información empleados por los distritos, que implicó la realización de talleres de capacitación previos y la determinación de los principales focos de análisis. La confianza puede ser considerada como un indicador indirecto de la legitimidad, la rendición de cuentas y capacidad de respuesta. La utilización se asocia con la confianza en los sistemas de salud.</p> <p>El uso de REACT mejora la legitimidad, la rendición de cuentas y la equidad de la fijación de prioridades a nivel de distrito.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad 2. Accesibilidad 3. Confianza 	Municipal	S
Diederich A, Winkelhage J, Wirsik N. Age as a criterion for setting priorities in health care? A survey of the German public view. PLoS One. 2011;6(8):e23930. Epub 2011 Aug 31. (8)	Alemania	Publicación en 2011, encuesta aplicada en 2009	<p>Estudio cuantitativo de la opinión pública alemana, se realizó una encuesta a 2031 personas para la determinación de la relevancia de la variable edad en la priorización aplicada a los AVAC. Argumenta que la edad es algo que aplica a toda la población y debe ser considerado ya que todos se están envejeciendo, por tanto debe ser estimado antes que la severidad de la enfermedad. Muestra finalmente que hay poca evidencia de que la edad pueda ser empleada como criterio para priorizar la atención en salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 	Nacional	N



CITACIÓN	PAÍS	AÑO	DESCRIPCIÓN DE ARTÍCULO	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN UTILIZADOS O PROPUESTOS	NIVEL DE PRIORIZACIÓN	PONDERACIÓN (S/N)
González-Pier, E., C. Gutierrez-Delgado, et al. (2007). "[Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health]." Salud Pública Mex 49 Suppl 1: S37-52. (9)	Méjico	2007	<p>Revisión del sistema de salud mejicano desde 2000 a 2006, señala los grandes aspectos para priorización por paquetes de intervención en enfermedades específicas, como son:</p> <p>1) Carga de enfermedad (por carga de enfermedad y mortalidad por categoría de enfermedad y lesión, y por factor de riesgo)</p> <p>2) Costo-efectividad (uso de guías internacionales de análisis de costo-efectividad para paquetes de atención en enfermedades específicas) empleando <i>WHO choice</i> con extrapolación de información de otros países con un umbral de 3 veces el PIB en la determinación de lo muy costo efectivo y lo no costo-efectivo ya que todas las intervenciones analizadas tienen un costo inferior a la mitad del PIB por año de vida ganado.</p> <p>3) Las presiones políticas que deben ser atendidas en cualquier esfuerzo por implementar una reforma en una sociedad democrática, como equidad medida como la suficiencia presupuestaria para ser candidata la intervención incluida en el paquete de beneficios y las consideraciones de reducción de gasto de bolsillo regresivo. En el paquete de alto costo se considera el hecho de ser empobrecedor de las familias y mayor gasto catastrófico.</p> <p>4) Presiones menos legítimas como las de la comunidad, sociedades científicas, activistas contra la pobreza, ONGs y la industria. Además se consideran:</p> <p>CRITERIOS ANALÍTICOS CUANTIFICABLES: análisis de costo-efectividad, disponibilidad de presupuesto y restricciones de instrumentación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carga de enfermedad 2. Costo-efectividad 3. Presiones políticas 4. Presiones de la comunidad 	Nacional	N



CITACIÓN	PAÍS	AÑO	DESCRIPCIÓN DE ARTÍCULO	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN UTILIZADOS O PROPUESTOS	NIVEL DE PRIORIZACIÓN	PONDERACIÓN (S/N)
			PREOCUPACIONES NO CUANTIFICABLES: logro de consensos (cuando es posible) entre los diferentes actores. (Grupos de ética y aceptabilidad social). "El principal reto es convertir el ejercicio de definición de prioridades en una práctica socialmente aceptada para definir de forma más legítima los límites del derecho legal a la protección de la salud."			
Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, Goetghebeur MM. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. Cost Eff Resour Alloc. 2012 Jul 18;10(1):9. [Epub ahead of print] (4)	Canadá Holanda	2012	El artículo presenta una revisión ampliada de la literatura que pretende identificar artículos que reporten criterios de decisión para el cuidado de la salud. Incluyen artículos que utilizan métodos sistemáticos para definir los criterios, artículos conceptuales y de revisión, y artículos que describen herramientas multicriterios. Los autores extraen, organizan y presentan los resultados usando la clasificación del sistema EVIDEM.	Encuentran 58 criterios y los clasifican en 10 categorías: <ol style="list-style-type: none"> 1. Desenlaces en salud. 2. Tipos de beneficio. 3. Impacto de la enfermedad. 4. Contexto terapéutico. 5. Impacto económico. 6. Calidad de la evidencia. 7. Complejidad de la implementación. 8. Prioridad. 9. Ética y justicia. 10. Contexto general. 	Nacional	N

Los criterios fueron agrupados en categorías o dominios que los contenían. Esta agrupación se basó en la propuesta de Guindo y colaboradores y en el análisis multicriterio. De acuerdo a los resultados de la búsqueda, se presentan a continuación los criterios y categorías seleccionados que se discutieron en el grupo técnico (Tabla No. 5).

Tabla No. 5. Criterios y categorías seleccionados de revisión de literatura.

CATEGORÍA	CRITERIO
Desenlaces en salud y beneficio de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficios en la salud 2. Eficacia – efectividad 3. “Life saving”: ahorro de vidas 4. Seguridad 5. Desenlaces reportados por pacientes 6. Calidad del cuidado
Tipo de beneficio en la salud	<ol style="list-style-type: none"> 7. Efecto en la población 8. Efectos individuales
Impacto de la enfermedad objeto de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 9. Severidad de la enfermedad 10. Determinantes de la enfermedad 11. Carga de la enfermedad 12. Edad de la población objetivo 13. Epidemiología
Contexto terapéutico de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 14. Alternativas de tratamiento 15. Necesidad 16. Guías de práctica clínica 17. Uso pre-existente
Impacto económico de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 18. Costos 19. Impacto al presupuesto 20. Impacto financiero 21. Reducción de pobreza 22. Costo – efectividad 23. Valor 24. Cotos eficiencia y costo oportunidad 25. Recursos 26. Impacto en prima de aseguramiento
Calidad e incertidumbre de la evidencia	<ol style="list-style-type: none"> 27. Disponibilidad de la evidencia 28. Fuerza de la evidencia 29. Relevancia de la evidencia 30. Características de la evidencia 31. Ética en la investigación 32. Requerimientos de la evidencia
Complejidad en la implementación de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 33. Legislación. 34. Requerimientos organizacionales y capacidad para la implementación 35. Habilidades 36. Flexibilidad de la implementación 37. Características de la intervención 38. Uso apropiado 39. Barreras y aceptabilidad 40. Integración y eficiencia del sistema 41. Sostenibilidad.



Libertad y Orden

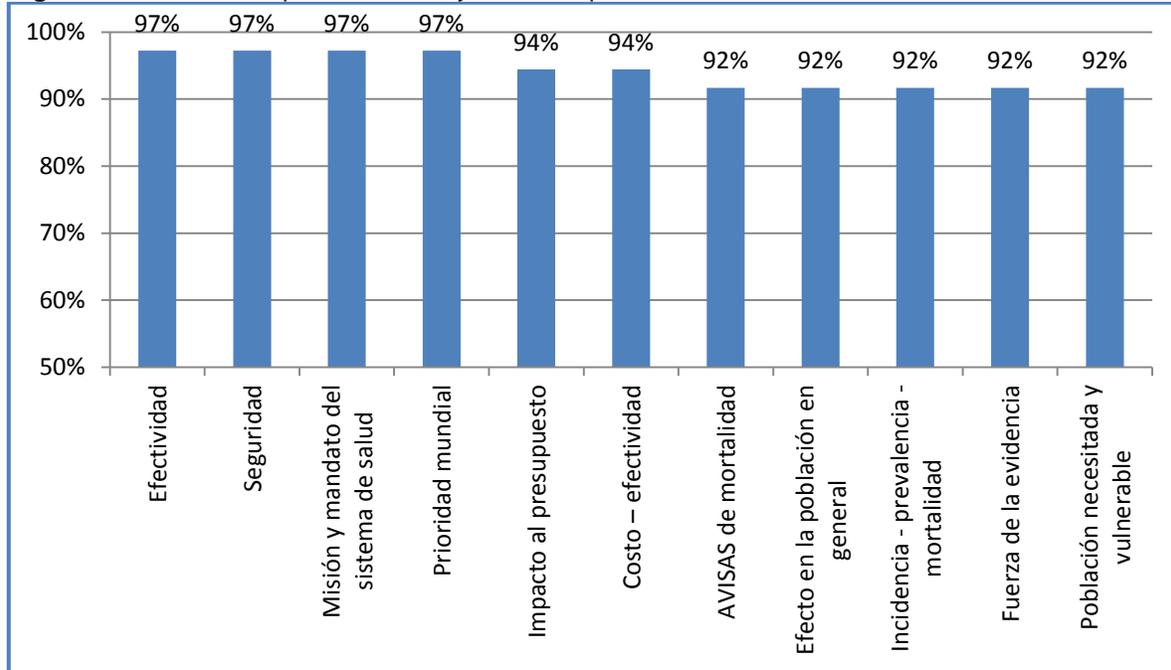


CATEGORÍA	CRITERIO
Prioridades, justicia y ética	42. Capacidad de evaluación de la implementación
	43. Prioridades de la población
	44. Acceso
	45. Población necesitada y vulnerable
	46. Equidad, justicia e imparcialidad
	47. Utilidad
Contexto general	48. Ética y moral
	49. Misión y mandato del sistema de salud
	50. Prioridades generales
	51. Restricción presupuestal
	52. Incentivos
	53. Aspectos políticos
	54. Aspectos históricos
	55. Aspectos culturales
	56. Innovación
	57. Colaboración y liderazgo
	58. Inclusión de ciudadanos
	59. Intereses y presiones de grupos de interés
	60. Prioridad mundial

Propuesta de criterios por grupo técnico UAE-CRES.

Como resultado de la votación del grupo técnico, se obtuvieron puntajes para todos los criterios y en su consolidado, para las categorías. Estos puntajes son presentados en el anexo 4. Así mismo, la figura 3 muestra la información de los criterios que registraron más del 90% de la votación posible.

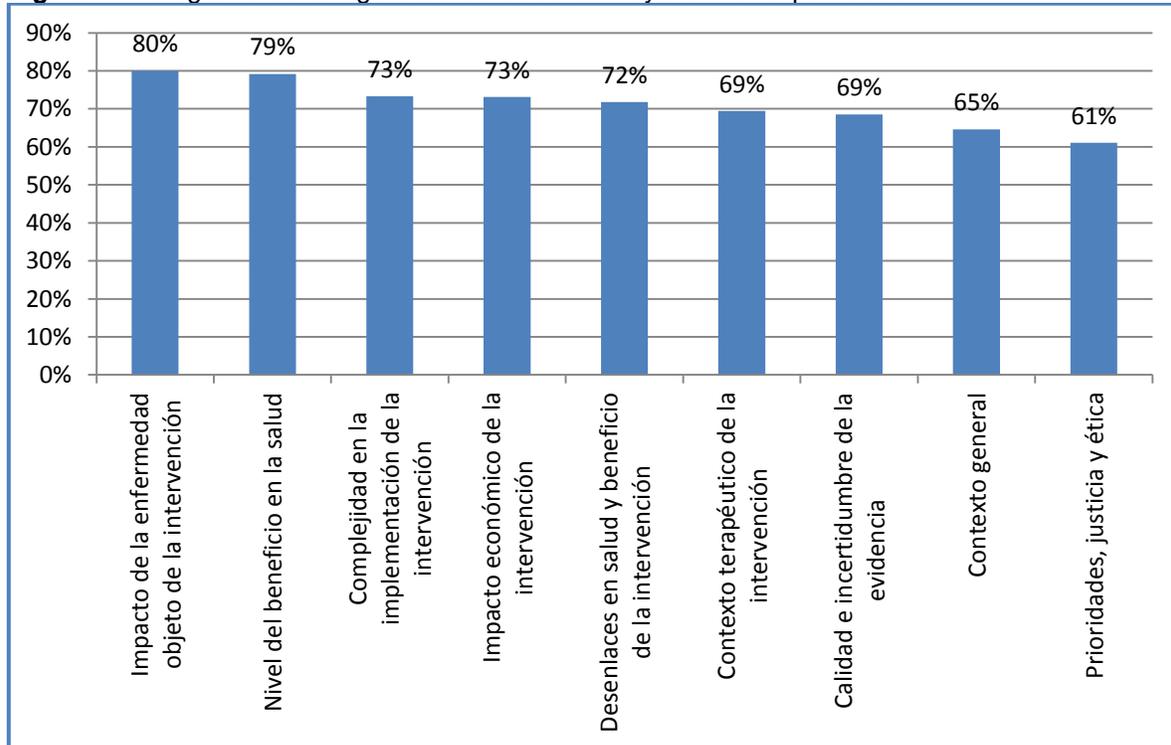
Figura 3. Criterios con puntuación mayor al 90% posible.



Los dos primeros criterios (efectividad y seguridad), corresponden a criterios de la categoría *desenlaces en salud*, siendo esta categoría la que más criterios tiene en el puntaje superior a 90%.

Con relación a las categorías, la figura 4 presenta el histograma con el orden en puntuación.

Figura 4. Histograma de categorías ordenadas de mayor a menor puntuación



Cuando se organizaron las categorías de acuerdo a los totales ponderados, teniendo como referente el máximo posible, las tres primeras categorías fueron: impacto de la enfermedad, nivel del beneficio en la salud y complejidad en la implementación de la intervención con 80%, 79% y 73%, respectivamente.

Si comparamos estos resultados con los presentados en la primera gráfica, observamos que los criterios que tienen puntajes mayores al 90% representan todas las categorías establecidas, con excepción de la categoría denominada *Complejidad en la implementación de la intervención*, la cual ocupa el tercer lugar de las categorías preferidas por los participantes de la votación.

De acuerdo a los ejercicios anteriores, el grupo técnico consideró los siguientes criterios, para ser presentados ante los expertos, los que se presentan en la tabla No. 6.

Tabla No. 6. Criterios propuestos por grupo técnico de UAE-CRES

CATEGORÍA	CRITERIO
Desenlaces en salud y beneficio de la intervención	1. Eficacia – efectividad
	2. Seguridad
	3. “Life saving”: ahorro de vidas – AVISAS
Tipo de beneficio en la salud	4. Efecto en la población
Impacto de la enfermedad objeto de la intervención	5. Carga de la enfermedad
Impacto económico de la intervención	6. Impacto al presupuesto
	7. Costo – efectividad
Calidad e incertidumbre de la evidencia	8. Fuerza de la evidencia
Complejidad en la implementación de la intervención	9. Requerimientos organizacionales y capacidad para la implementación.
	10. Barreras y aceptabilidad
	11. Capacidad de evaluación de la implementación
Prioridades, justicia y ética	12. Población necesitada y vulnerable
Contexto general	13. Misión y mandato del sistema de salud
	14. Prioridad mundial

Como se puede observar, se escogieron los criterios que tenían más de 90% de preferencia por los técnicos. Además, se seleccionaron criterios que venían de la categoría *Complejidad en la implementación de la intervención*, la cual fue puntuada como la 3ra categoría en orden de preferencia de los expertos, pero que no tenía ningún criterio por encima de 90%. Se escogieron los 3 criterios que tenían la puntuación más alta (igual valor 83%) e igual varianza (0.33).

FASE 2. 1ra REUNIÓN DE EXPERTOS

Objetivos

- Socializar el proceso de determinación de criterios y categorías de priorización de evaluación de tecnologías.
- Presentar y discutir los resultados de la revisión sistemática de la literatura a los expertos participantes.
- Determinar por consenso, los criterios y categorías iniciales que se presentarían en el proceso de participación ciudadana.

El grupo técnico de la UAE-CRES, identificó diferentes expertos que cumplieran con los criterios de selección. Los expertos escogidos con sus perfiles, en orden alfabético por nombre, fueron los siguientes:



Libertad y Orden



- Héctor Eduardo Castro Jaramillo
Médico Cirujano de la Universidad del Rosario. Especialista en Gestión de Salud de la Universidad ICESI. Magister en Salud Ocupacional de la Universidad del Valle. Magister en Health Policy, Planning & Financing del London School of Economics. Candidato a PhD de Public Health/ Health Services Research & Policy del London School of Hygiene and Tropical Medicine. Actualmente Director del Instituto Nacional de Evaluación Tecnológica en Salud. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana.
- Henry Mauricio Gallardo
Médico. Especialista en Administración de Salud y en Gerencia Hospitalaria. Director Gestión Integral Corporativa de la Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Jairo Humberto Restrepo Zea
Economista de la Universidad de Antioquia. Magíster en Gobierno y Asuntos Públicos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Presidente de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (2009-2011). Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia
- Javier Eslava Schmalbach
Médico Cirujano. Especialista en Anestesiología de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Dirección Universitaria de la Universidad de Los Andes. PhD en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Titular y actual Vicedecano de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- John Alberto Marulanda Restrepo
Médico Cirujano de la Universidad Pontificia Bolivariana. Especialista en Medicina Nuclear del Instituto Nacional de Cancerología y de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Pompeu Fabra. Docente invitado de la Universidad del Rosario. Docente Invitado de la Universidad de la Sabana. Docente en Pre grado y Posgrado de la Universidad Externado de Colombia.
- Jorge Darío Duarte Rueda
Médico Cirujano de la Universidad del Rosario. Especialización en Epidemiología de la Universidad CES-Rosario.
- Juan Sebastián Castillo
Médico Cirujano y Magister en Epidemiología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra. Actual

Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B Of 305 - PBX: 4864560 –
FAX: 6068102 Bogotá, Colombia
www.cres.gov.co - e-mail: cres@cres.gov.co

Prosperidad para todos



Coordinador del Grupo de Investigación Clínica del Instituto Nacional de Cancerología.

- Julio Mario Orozco Africano
Médico Cirujano de la Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Servicios de Salud del Centro de Educación Regional para la Salud. Especialista en Seguridad Social de la Universidad de Cartagena. Magister en Dirección y Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Alcalá de Henares. Actual investigador Senior del Grupo Ucar en Panamerican Health Organización – PROVAC, investigador en economía de la salud y docente universitario.
- María Ximena Rojas
Licenciada en Enfermería y Magister en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana. Candidata a PhD en Public Health and Biomedical Research Methodology en la Universidad Autónoma de Barcelona. Actualmente Profesor Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Javeriana.
- Mauricio Calderón
Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia; Especialista en Medicina Vasculat del Miami Heart Institute; Administrador de Empresas por la Universidad de Staffordshire del Reino Unido; Especialista en: Dirección de Empresas y en Mercadeo y Relaciones Públicas por la Escuela de Negocios ESERP y el IIPRMB de Madrid, España. Máster Internacional en Medicina Humanitaria de la Universidad Complutense de Madrid. Estudios de especialización en: Gestión de Calidad en Sistemas de Salud de la Universidad LTI de California; Gestión de Recursos en Sistemas de Salud por el ABQAURP de los EEUU; y en Gestión de Riesgo en Sistemas de Salud por el Estado de la Florida.
- Oscar Andrés Gamboa Garay
Médico Cirujano y Especialista en Bioestadística de la Universidad Nacional de Colombia. Magister (C) en Economía de la Universidad Nacional de Colombia. Actual Coordinador del Grupo de Evaluaciones Económicas del Instituto Nacional de Cancerología.
- Sandra Marcela Camacho
Médico Cirujano. Especialista en Epidemiología. Magister en Salud Pública. Exdirectora Médica de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI).

Como observador se contó en la primera reunión con la participación de un experto:

- Adrian Verbel Facuseh
Estudios en el London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London. Actual contratista del Banco Interamericano de Desarrollo para desarrollar funciones como Gerente de Coaching en el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

La primera reunión se realizó el miércoles 26 de septiembre de 2012. La agenda respectiva se presenta en el anexo 6. En dicha reunión, se presentó la información correspondiente a los resultados de la revisión sistemática y la propuesta presentada por el grupo técnico de la UAE-CRES. Como base de criterios iniciales para empezar la discusión, el grupo de expertos decidió utilizar la propuesta de criterios del grupo EVIDEM, dada su validez externa comprobada y su adecuada aceptabilidad internacional. En la tabla No. 7 se presentan los criterios y categorías que EVIDEM propone en su instrumento.

Tabla No. 7. Propuesta de criterios y categorías de Colaboración EVIDEM (Sin traducir)

Cluster	Scientific criteria
Disease impact	
D1	Disease severity
D2	Size of population affected by disease
Context of intervention	
C1	Clinical guidelines for intervention
C2	Comparative intervention limitations (<i>unmet needs</i>)
Intervention outcomes	
I1	Improvement of efficacy/effectiveness
I2	Improvement of safety & tolerability
I3	Improvement of patient reported outcomes
Type of Benefit	
T1	Public health interest (<i>e.g., prevention, risk reduction</i>)
T2	Type of medical service (<i>e.g., symptom relief, cure</i>)
Economics	
E1	Budget impact on health plan (<i>cost of intervention</i>)
E2	Cost-effectiveness of intervention
E3	Impact on other spending (<i>e.g., hospitalization, disability</i>)
Quality of evidence	
Q1	Adherence to requirements of decisionmaking body

Q2	Completeness and consistency of reporting evidence (<i>meeting scientific reporting standards and consistency with sources</i>)
Q3	Relevance and validity of evidence (<i>relevant to decisionmakers&meeting scientific standards</i>)

Teniendo en cuenta que se extendió la discusión más tiempo del previsto, y entendiendo la importancia de ésta para el desarrollo del proceso, en conjunto con los expertos y el grupo técnico de la UAE-CRES, se tomó la decisión de realizar otra sesión de trabajo para terminar la discusión y definir los criterios que irían al proceso de participación ciudadana.

La segunda sesión, se realizó el lunes 8 de octubre de 2012. Las actividades que se realizaron en dicha reunión fueron las siguientes:

- Discusión de criterios EVIDEM faltantes.
- Discusión de criterios resultados de la revisión sistemática que podrían ser incluidos.
- Síntesis
- Votación.
- Criterios preliminares definidos para el proceso de participación ciudadana.

Después de la discusión de todos los criterios propuestos por EVIDEM y de la inclusión de los criterios que los expertos consideraron pertinentes, se presentó la lista de criterios y categorías que serían votadas de acuerdo al sistema de Sánchez y colaboradores. La lista de criterios se presenta en la tabla No. 8

Tabla No. 8. Criterios que fueron seleccionados para votación por los expertos

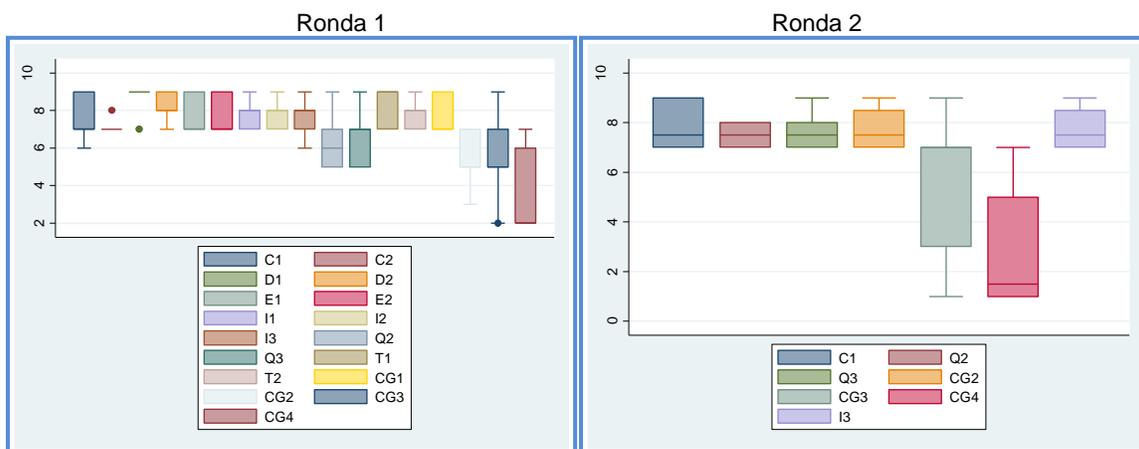
Categoría	Criterio
Impacto de la Enfermedad	
D1	Gravedad de la enfermedad o condición de salud
D2	Tasa de incidencia – prevalencia.
Contexto de la intervención	
C1	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.
C2	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto
Resultados de las intervenciones en salud	
I1	Mejora en Eficacia/ efectividad
I2	Mejora de seguridad & tolerancia
I3	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente
Tipo de Beneficio	
T1	Interés en Salud Pública.

Categoría	Criterio
T2	Tipo de beneficio clínico.
Económicos	
E1	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud
E2	Costo-efectividad de la intervención
Calidad de la evidencia	
Q2	Compleitud y calidad del reporte
Q3	Relevancia y validez de la evidencia
Equidad	
CG1	Equidad en grupos vulnerables
CG2	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)
CG3	Potencialidad de cobertura geográfica
CG4	Preferencias de los usuarios

Resultados de votación

Se realizaron tres rondas de votación, dado que en ninguna de ellas existió acuerdo total para todos los criterios seleccionados. En la primera ronda se seleccionaron los criterios C2, D1, D2, E1, E2, I1, T1, T2. (Figura 5 y tabla No. 9). Para la segunda ronda, se seleccionaron los criterios C1, I3, Q2 y Q3 (Figura 5 y tabla No. 9).

Figura 5. Distribución de los resultados de la votación



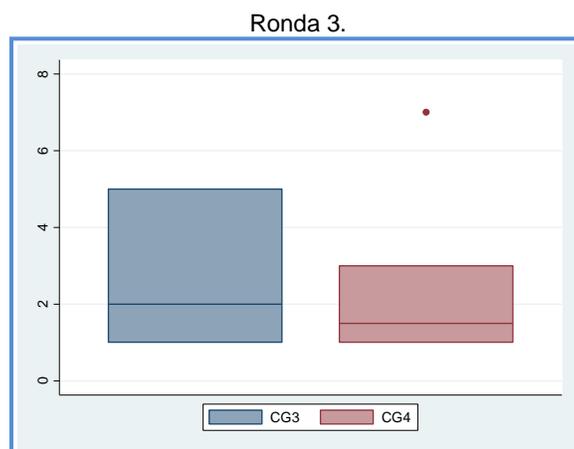


Tabla No. 9. Resultados descriptivos de las rondas de votación.

Cód.	Criterio	1ra ronda		2da ronda		3ra ronda	
		R	M (IC95%)	R	M (IC95%)	R	M (IC95%)
D1	Gravedad de la enfermedad o condición de salud	7-9	9 (7.15-9)				
D2	Tasa de incidencia – prevalencia.	7-9	8 (7.07-9)				
C1	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	6-9	7 (7-9)	7-9	7.5 (7-9)		
C2	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	7-9	7 (7-7)				
I1	Mejora en Eficacia/ efectividad	7-9	8 (7-8.92)				
I2	Mejora de seguridad & tolerancia	7-9	8 (7-8.92)				
I3	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	6-9	8 (7-8)	7-9	7.5 (7-9)		
T1	Interés en Salud Pública	7-9	9 (7-9)				
T2	Tipo de beneficio clínico	7-9	8 (7-8)				
E1	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	7-9	7 (7-9)				
E2	Costo-efectividad de la intervención	7-9	7 (7-9)				

Cód.	Criterio	1ra ronda		2da ronda		3ra ronda	
		R	M (IC95%)	R	M (IC95%)	R	M (IC95%)
Q2	Complejidad y calidad del reporte	5-9	6 (5-7)	7-9	7.5 (7-8)		
Q3	Relevancia y validez de la evidencia	5-9	7 (5-8.84)	7-9	7.5 (7-8.32)		
CG1	Equidad en grupos vulnerables	7-9	7 (7-9)				
CG2	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	3-7	5 (5-7)	7-9	7.5 (7-9)		
CG3	Potencialidad de cobertura geográfica	2-9	5 (3.1-7.9)	1-9	7 (1-7.65)	1-5	2 (1-5)
CG4	Preferencias de los usuarios	2-7	2 (2-6.92)	1-9	1.5 (1-7)	1-7	1.5 (1-4.3)

R: Rango (mínimo-máximo) M: Mediana. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Acuerdo total Acuerdo parcial Desacuerdo

Finalmente como resultado de la votación, se seleccionaron 15 criterios pertenecientes a 7 categorías diferentes. Estos fueron la base para el proceso de participación ciudadana con los usuarios y las sociedades científicas. Los criterios finales se presentan en la tabla No. 10.

Tabla No. 10. Criterios seleccionados para presentarse en el proceso de participación ciudadana.

Categoría	Criterio
Impacto de la Enfermedad	
C1	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud
C2	Tasa de incidencia – prevalencia.
Contexto de la intervención	
C3	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia
C4	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.
Resultados de las intervenciones en salud	
C5	Mejora en Eficacia/ efectividad
C6	Mejora de seguridad & tolerancia
C7	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente
Tipo de Beneficio	
C8	Interés en Salud Pública
C9	Tipo de beneficio clínico
Económicos	
C10	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud

Categoría	Criterio
C11	Costo-efectividad de la intervención
Calidad de la evidencia	
C12	Complejidad y calidad del reporte
C13	Relevancia y validez de la evidencia
Equidad	
C14	Equidad en grupos vulnerables
C15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)

Fuente: Producto de Discusión y Método Delphi, primera reunión de Expertos

FASE 3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Objetivos

- Presentar a la comunidad de usuarios y de sociedades científicas, el proceso de determinación de criterios y categorías de priorización de tecnologías en salud para actualización del Plan Obligatorio de Salud.
- Adelantar votación de preferencia de los criterios propuestos por parte de los participantes (cuenta Borda).
- Discutir y recoger las expectativas y comentarios de la comunidad de usuarios y de las sociedades científicas, con relación a los criterios y categorías propuestos.

Las sesiones de socialización y talleres se desarrollaron en cada una de las ciudades en las cuales el grupo del proyecto de participación ciudadana de la UAE-CRES había adelantado la respectiva convocatoria e inscripción de delegados.

La agenda desarrollada para los usuarios del SGSSS abordó en primer lugar una presentación magistral donde se hizo énfasis en el marco general en el cual se adelantó el ajuste metodológico de criterios de priorización para la actualización del POS, los objetivos generales del proceso y la presentación de cada uno de los criterios que conformaron la propuesta de criterios resultado de la primera reunión de Expertos. Una vez efectuada la presentación general y los criterios, se adelantó un taller que constaba en primer lugar de la votación de preferencia individual sobre los quince criterios propuestos de acuerdo a la metodología cuenta de Borda, ya explicada anteriormente, para pasar luego a mesas de discusión sobre posibles nuevos criterios y la presentación por el equipo técnico de la CRES de los resultados de la votación de preferencia de los criterios de priorización obtenidos por parte del respectivo grupo. Las sesiones de usuarios dispusieron de 4 horas cada una para el desarrollo de las actividades anteriores.

Para el caso del grupo de representantes de las sociedades científicas la agenda y desarrollo de la misma fue similar a la anterior en sus contenidos, excepto en la presentación de resultados de votación de preferencia individual frente a los criterios propuestos, teniendo en cuenta que el tiempo disponible con la comunidad científica fue de dos horas para su desarrollo.

En la tabla No. 11 se resume el cronograma y ciudades visitadas dentro del desarrollo de la etapa de Participación Ciudadana:

Tabla No. 11. Cronograma de sesiones de Participación Ciudadana

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	22	23	24	25	26
OCTUBRE		MEDELLÍN Evento Usuarios y Evento Comunidades Científicas		CALI Evento Comunidades Científicas	CALI Evento Usuarios
	29	30	31	1	2
		BUCARAMANGA Evento Usuarios y Evento Comunidades Científicas		VALLEDUPAR Evento Comunidades Científicas	VALLEDUPAR Evento Usuarios
	5	6	7	8	9
NOVIEMBRE	Festivo	PEREIRA Evento Comunidades Científicas	PEREIRA Evento Usuarios	BARRANQUILLA Evento Comunidades Científicas	BARRANQUILLA Evento Usuarios
	19	20	21	22	23
	BOGOTÁ Inicio Evento Usuarios	BOGOTÁ Continuación Evento Usuarios	BOGOTÁ Evento Comunidades Científicas	BOGOTÁ Socialización del Proceso de Priorización con EPS e IPS	

Fuente: Proyecto de Participación Ciudadana – UAE-CRES.

Como ya se señaló, el proceso en cada ciudad se dividió en dos sesiones dirigidas a los grupos fundamentales del SGSSS: la comunidad de usuarios y la comunidad científica.

En la sesión de participación con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS se desarrolló la agenda propuesta y taller correspondiente. El

anexo 6, presenta los resultados de las votaciones y de los criterios propuestos para cada una de las ciudades en las que se realizó el proceso de participación ciudadana.

Los resultados agrupados de las preferencias de cada tipo de participante, y de los nuevos criterios propuestos, se presentan a continuación.

Votación de preferencia de los criterios y categorías de priorización

Resultados de votación de preferencias de usuarios

La tabla No. 12 presenta los resultados de la cuenta de Borda obtenidos de forma agrupada para los usuarios.

Tabla No. 12. Votación de Preferencia de Criterios Propuestos y sus categorías. Asociaciones de Usuarios y pacientes, Veedurías Ciudadanas y COPACOS

USUARIOS		
CATEGORÍAS	CRITERIOS	PESO RELATIVO
Impacto de la Enfermedad	C01: Gravedad de la enfermedad o condición de salud.	9,6%
Impacto de la Enfermedad	C02:Tasa de incidencia y/o Prevalencia	7,3%
Contexto de la intervención	C03: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	6,5%
Contexto de la intervención	C04: Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	6,1%
Resultados de las intervenciones en salud	C05:Mejora en Eficacia/ efectividad	9,2%
Resultados de las intervenciones en salud	C06: Mejora de seguridad y tolerancia.	7,2%
Resultados de las intervenciones en salud	C07: Mejora de los resultados en salud reportados por paciente.	7,4%
Tipo de Beneficio	C08: Interés en Salud Pública.	8,0%
Tipo de Beneficio	C09: Tipo de beneficio clínico.	6,6%
Criterios Económicos	C10:Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	5,1%
Criterios Económicos	C11:Costo-efectividad de la intervención	6,1%
Calidad de la evidencia	C12: Completitud y calidad del reporte.	4,0%
Calidad de la evidencia	C13: Relevancia y validez de la evidencia.	4,7%
Equidad	C14: Equidad en grupos vulnerables.	6,9%
Equidad	C15: Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación).	5,4%

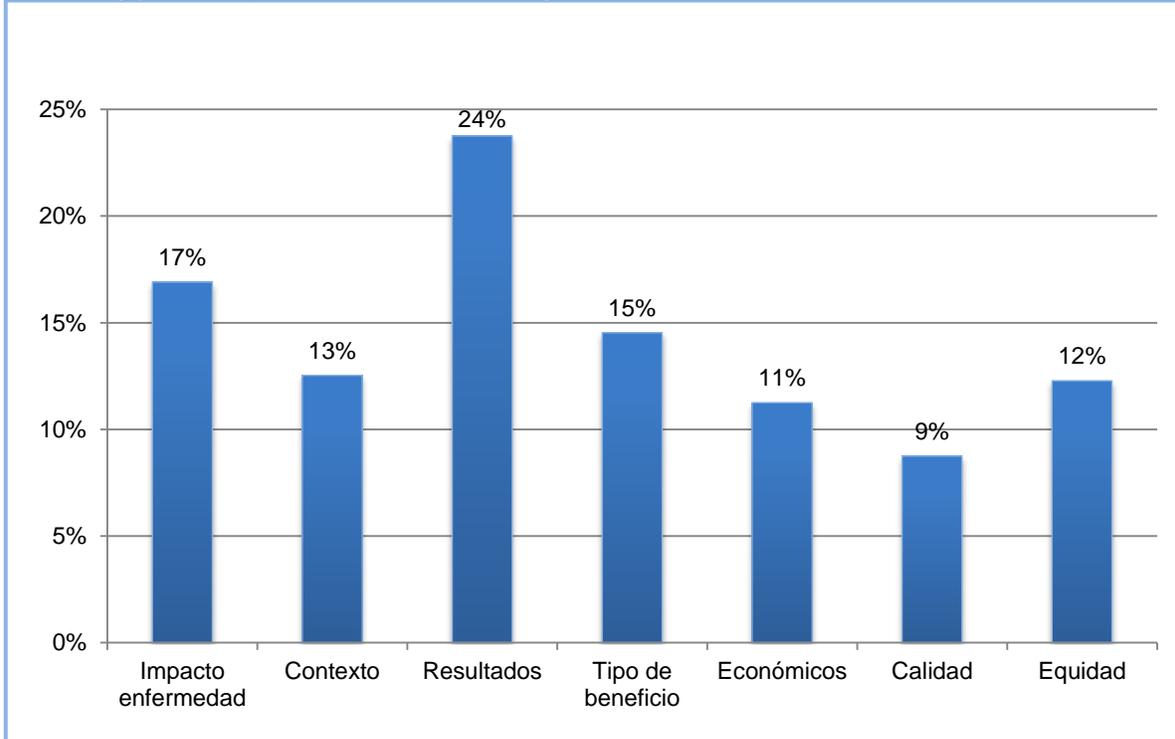
Fuente: Resultados talleres con los delegados de Usuarios del SGSSS. Priorización POS.



Como se puede observar en los resultados de la votación de preferencia de los usuarios del SGSSS, el criterio que prevaleció en el primer lugar para la priorización de tecnologías para la actualización del POS fue el C01, gravedad de la enfermedad, seguido del criterio de mejoría en eficacia y efectividad de la tecnología y en tercer lugar por el criterio de Interés en salud pública. En lugar intermedio se encuentran los criterios C03: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia y C11: Costo-efectividad de la intervención y en los últimos lugares de preferencia quedaron los C13: Relevancia y validez de la evidencia y C12: Completitud y calidad del reporte, a priori se infiere que estos criterios no son de real interés para los usuarios del SGSSS quienes prefieren aquellos que se dirigen directamente a la enfermedad, los resultados de la intervención y el interés en las políticas de salud.

Teniendo en cuenta la tabla anterior de la votación de preferencia sobre los criterios propuestos y sus respectivas categorías, propuestas por los usuarios del sistema de salud a través de sus representantes, se observa que las categorías con mayor preferencia son: resultados de salud de la tecnología, e impacto de la enfermedad objeto de la intervención (Figura 6).

Figura 6. Resultados de cuenta de Borda sobre las categorías de priorización. Asociaciones de Usuarios y pacientes, Veedurías Ciudadanas y COPACOS



Fuente: Resultados talleres con los delegados de Usuarios del SGSSS. Priorización POS.

Resultados de votación de preferencias de sociedades científicas

Los resultados de la votación de preferencia sobre los criterios propuestos según las votaciones individuales de los delegados de la comunidad científica, se presentan a continuación.

Tabla No. 13. Votación de Preferencia de Criterios Propuestos y sus categorías. Comunidad científica.

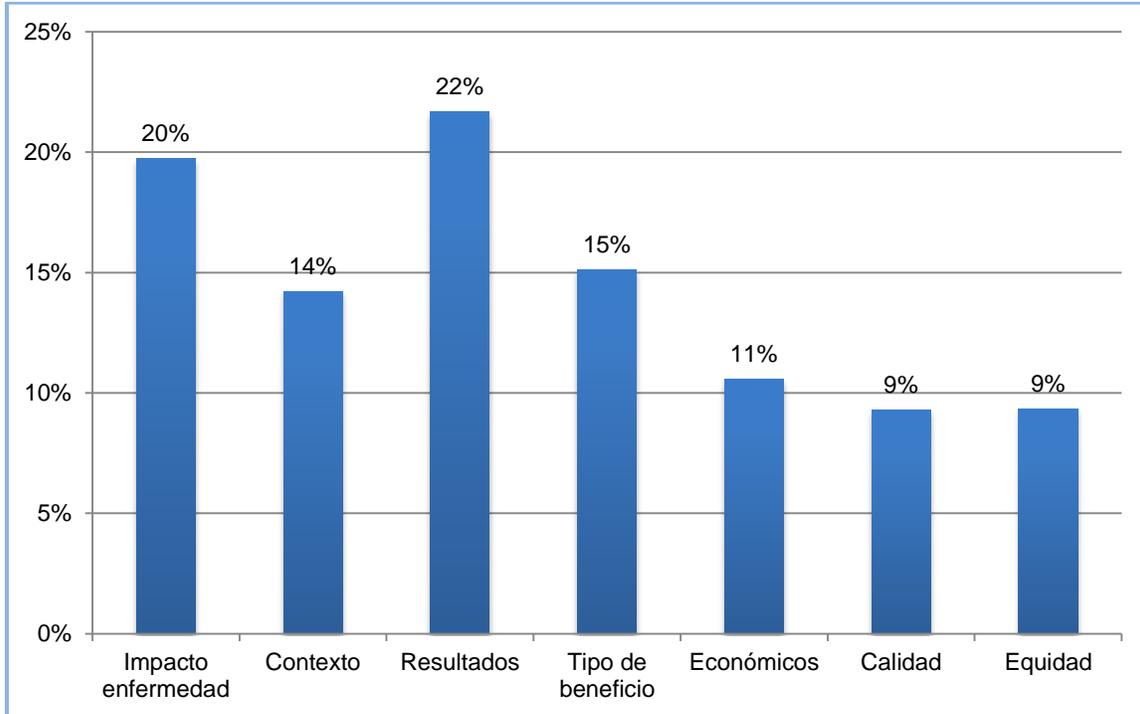
COMUNIDAD CIENTÍFICA		
CATEGORÍAS	CRITERIOS	PESO RELATIVO
Impacto de la Enfermedad	C01: Gravedad de la enfermedad o condición de salud.	10,3%
Impacto de la Enfermedad	C02:Tasa de incidencia y/o Prevalencia	9,4%

COMUNIDAD CIENTÍFICA		
CATEGORÍAS	CRITERIOS	PESO RELATIVO
Contexto de la intervención	C03: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	8,2%
Contexto de la intervención	C04: Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	6,0%
Resultados de las intervenciones en salud	C05: Mejora en Eficacia/ efectividad	8,1%
Resultados de las intervenciones en salud	C06: Mejora de seguridad y tolerancia.	7,5%
Resultados de las intervenciones en salud	C07: Mejora de los resultados en salud reportados por paciente.	6,1%
Tipo de Beneficio	C08: Interés en Salud Pública.	7,8%
Tipo de Beneficio	C09: Tipo de beneficio clínico.	7,3%
Criterios Económicos	C10: Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	4,7%
Criterios Económicos	C11: Costo-efectividad de la intervención	5,9%
Calidad de la evidencia	C12: Completitud y calidad del reporte.	3,5%
Calidad de la evidencia	C13: Relevancia y validez de la evidencia.	5,8%
Equidad	C14: Equidad en grupos vulnerables.	5,7%
Equidad	C15: Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación).	3,6%

Como se puede observar en los resultados de la votación de preferencia de la comunidad científica, los tres primeros criterios de preferencia en su orden son: C01: Gravedad de la enfermedad, seguido del C02: Tasa de Incidencia y/o prevalencia y en tercer lugar el criterio C03: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia. En lugar intermedio se presentaron los criterios C09: Tipo de beneficio clínico y C07: Mejora de los resultados en salud reportados por paciente. Los dos últimos criterios fueron: C15: Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación) y C12: Completitud y calidad del reporte.

Teniendo en cuenta la tabla anterior de la votación de preferencia sobre los criterios propuestos y sus respectivas categorías, dadas por los representantes de las sociedades científicas, se observa que las categorías con mayor preferencia son: resultados de salud de la tecnología, e impacto de la enfermedad objeto de la intervención (Figura 7).

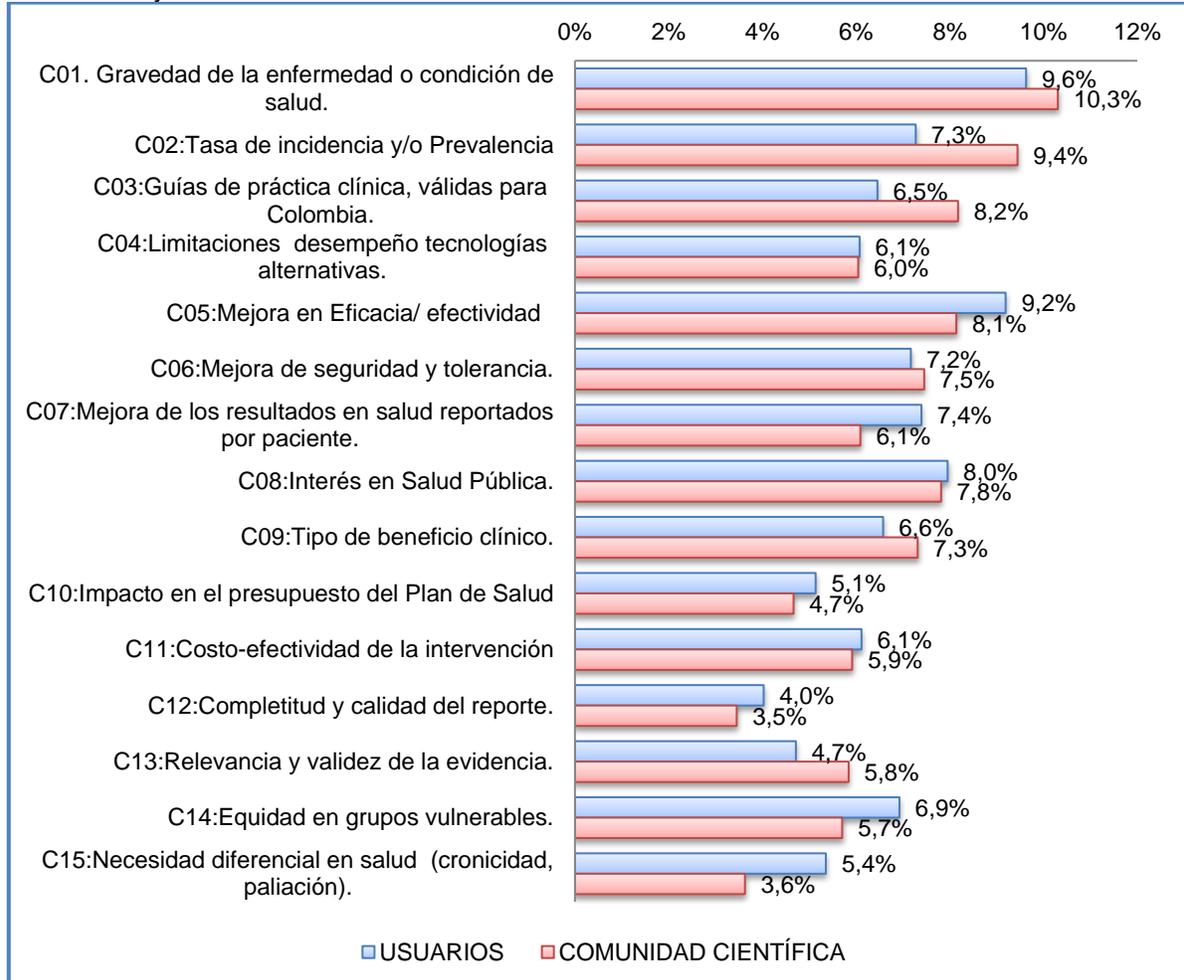
Figura 7. Resultados de cuenta de Borda sobre las categorías de priorización. Sociedades científicas.



Fuente: Resultados talleres con los delegados de la comunidad científica. Priorización POS.

Cuando se comparan los resultados obtenidos por los dos grupos de participantes, se observan que existen coincidencias en el puesto de preferencia para dos criterios. En el puesto 13, el criterio C10: Impacto en el Presupuesto del Plan de Salud y en el puesto 15 el criterio C12: Completitud y calidad del reporte. Esta comparación también se puede ver en la Figura 8.

Figura 8. Comparativa de la Votación de Preferencia de Criterios Propuestos entre la comunidad de usuarios y la Comunidad Científica



Fuente: Resultados talleres con usuarios y comunidad científica – Priorización POS.

En relación con el número de visitas y de participantes en cada reunión, la tabla No. 14 presenta la información consolidada.

Tabla No. 14. Número participantes por grupo de participación ciudadana

USUARIOS (ASOCIACIONES DE PACIENTES, COPACOS, VEEDURÍAS)	COMUNIDAD CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> • Medellín: 12 • Cali: 20 • Bucaramanga: 19 • Valledupar: 14 • Pereira: 11 • Barranquilla: 13 • Bogotá: 15 <p>Total: 106 participantes. 103 votos válidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medellín: 19 • Cali: 26 • Bucaramanga: 11 • Valledupar: 8 • Pereira: 5 • Barranquilla: 12 • Bogotá: 12 <p>Total: 93 participantes. 90 votos válidos</p>

Fuente: Herramientas de votación talleres con usuarios y comunidad científica – Priorización POS.

Propuesta de nuevos criterios y recomendaciones.

En esta segunda parte de análisis de los resultados del proceso de participación ciudadana para la identificación de los criterios de priorización para la actualización del POS, se presentan los criterios que se propusieron como adicionales por los participantes.

La tabla No. 14 presenta los resultados de los criterios propuestos por los diferentes grupos.

Tabla No 14. Votantes participantes por grupo de participación ciudadana

	CRITERIOS PROPUESTOS	USUARIOS	COMUNIDAD CIENTÍFICA	TOTAL
1	Accesibilidad de la ts a nivel nacional	3	2	5
2	Diagnóstico oportuno	2	2	4
3	Discapacidad		4	4
4	Promoción y prevención	3	1	4
5	Atención integral - prevención de secuelas	2	1	3
6	Medicina alternativa	2	1	3
7	Concepto de las sociedades científicas		2	2
8	Salud mental	2		2
9	Criterio social	1		1
10	Edad		1	1
11	Enfermedades huérfanas	1		1
12	Impacto en AVISAS		1	1

	CRITERIOS PROPUESTOS	USUARIOS	COMUNIDAD CIENTÍFICA	TOTAL
13	Interés del paciente en la cura		1	1
14	Investigación científica		1	1
15	Leyes		1	1
16	Procedimientos de mínima invasión		1	1
17	Prueba previa de la tecnología en el país		1	1
18	Reconsulta, reingreso, calidad		1	1
19	Rehabilitación	1		1
20	Tiempo de la enfermedad - duración	1		1
	TOTAL	18	21	39

Fuente: Resultados talleres con usuarios y comunidad científica – Priorización POS.

El grupo técnico encargado del proceso, adelantó el análisis de los criterios propuestos por los usuarios y comunidad científica frente a cada uno de los quince criterios propuestos en los talleres sujeto de votación, encontrando que varios de ellos se relacionaban y estaban incluidos en algunos de ellos como se muestra en la tabla No. 15.

Tabla No. 15. Depuración de Criterios nuevos propuestos por los participantes en el proceso de Participación Ciudadana

	CRITERIOS PROPUESTOS	USUARIOS	COMUNIDAD CIENTÍFICA	TOTAL
1	Accesibilidad de la ts a nivel nacional	3	2	5
2	Diagnóstico oportuno	2	2	4
3	Discapacidad	C08: Interés en Salud Pública		
4	Promoción y prevención	C09: Tipo de beneficio Clínico		
5	Atención integral - prevención de secuelas	2	1	3
6	Medicina alternativa	2	1	3
7	Concepto de las sociedades científicas		2	2
8	Salud mental	C08: Interés en Salud Pública		
9	Criterio social	1		1
10	Edad	C14: Equidad en grupos vulnerables		
11	Enfermedades huérfanas	C02: Tasa de Incidencia y/o Prevalencia		
12	Impacto en AVISAS	C01: Gravedad de la Enfermedad		
13	Interés del paciente en la cura		1	1
14	Investigación científica		1	1
15	Leyes	C08: Interés en Salud Pública		

	CRITERIOS PROPUESTOS	USUARIOS	COMUNIDAD CIENTÍFICA	TOTAL
16	Procedimientos de mínima invasión	C06: Mejora de seguridad y Tolerancia		
17	Prueba previa de la tecnología en el país		1	1
18	Reconsulta, reingreso y calidad		1	1
19	Rehabilitación	C06: Mejora de seguridad y Tolerancia		
20	Tiempo de la enfermedad - duración	C01: Gravedad de la Enfermedad		
	TOTAL	18	21	39

Fuente: Construcción propia de los autores a partir de los resultados de la Participación Ciudadana.

La depuración de los criterios propuestos dio como resultado la selección de los siguientes criterios para proponer para su análisis en la segunda reunión de consenso de expertos.

1ro. Accesibilidad de la Tecnología a nivel nacional. Este criterio fue propuesto en las ciudades de Cali, Valledupar, Bogotá y Medellín por 5 participantes: 3 usuarios y 2 de las sociedades científicas. Los comentarios señalados se resumen como Acceso y disponibilidad de las tecnologías para *ciertas zonas geográficas* del país, valorar la *clase de patologías que se presentan por regiones*.

2do. Atención Integral – Prevención de secuelas. Este criterio fue propuesto en las ciudades de Medellín y Pereira y se señaló que se debía efectuar de manera real la Atención integral a enfermedades de alto costo y así prevenir secuelas.

3ro. Medicina Alternativa. Este criterio fue propuesto por tres usuarios en las ciudades de Cali y Pereira y se señaló que se debían incluir al POS opciones de medicina alternativa sin limitaciones, como fuente terapéutica y alternativas en la enfermedad y para patologías catastróficas. Igualmente que se incluya la medicina natural y la fitoterapia.

4to. Concepto de las sociedades científicas. Este criterio se propuso en Cali y Barranquilla por delegados de las sociedades científicas. Se debe analizar al interior de cada Sociedad Científica (a nivel central), para que se establezca priorización de las tecnologías.

5to. Criterio Social. Propuesto por usuarios en las ciudades de Cali y Bogotá. Se señala que se debe tener en cuenta el Impacto en la salud mental de la no intervención y además el impacto en la familia, como aporte grupal.

6to. Investigación Científica. Tecnología fomenta la investigación científica propuesto este criterio por delegado de sociedad científica en la ciudad de Barranquilla.

7mo. Prueba previa de la tecnología en el país. Incluir la posibilidad de probar la tecnología en el país, por ejemplo la disponibilidad del PET. Propuesto en Barranquilla por las sociedades científicas.

Finalmente los participantes realizaron algunas recomendaciones frente a los criterios propuestos que se resumen en la tabla No. 16.

Tabla No. 16. Recomendaciones de los participantes en el proceso de Participación Ciudadana frente a los 15 Criterios de la propuesta preliminar

CRITERIO RELACIONADO	RECOMENDACIÓN
C01: Gravedad de la enfermedad o condición de salud	Además de valorar la carga de la enfermedad y enfoque epidemiológico evaluar los factores de riesgo y el sistema socioeconómico prevalente como parte determinante.
C03: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	Que se tengan en cuenta las guías para el manejo de la evidencia de la psoriasis en Colombia elaboradas por la sociedad colombiana de dermatología.
C04: Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	La efectividad y eficacia de una tecnología debe tener prioridad sobre si esa tecnología está o no aprobada por el INVIMA, para el propósito para el cual se propone.
C05: Mejora en Eficacia y Efectividad C06: Mejora de seguridad y tolerancia	Estos criterios 5 y 6 podrían ser uno solo. Estos criterios deben reforzar con la humanización del médico. Observar los efectos iatrogénicos
C07 Mejora en los resultados en salud reportados por el paciente.	El impacto en el desarrollo social y económico establece la necesidad de evaluar nuevas alternativas terapéuticas disponibles en el país, que permitan mejorar las manifestaciones clínicas, la evolución, la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad en nuestro medio, y podamos ofrecer una atención integral que se refleje en nuestro medio.
C09: Tipo de beneficio clínico.	Tipo de beneficio en Salud (Salud Mental, Salud Física, Calidad de Vida
C10: Impacto en el presupuesto del plan de salud.	Deben ser revisados los criterios económicos, no tienen en cuenta que lo no POS se carga de todas formas a impacto en el sistema
C14: Equidad en grupos vulnerables.	Es importante dejar claro que la vulnerabilidad no es solo financiera, población de bajos ingresos, también lo es en lo cultural y en lo tradicional entre otros.

Fuente: Construcción propia de los autores a partir de los resultados de la Participación Ciudadana.

Otros aportes y expectativas de la comunidad de usuarios y científica en relación con el proceso de priorización u otros aspectos de funcionamiento del SGSSS, se resumen a continuación:

- Los criterios deben estar basados en las necesidades del usuario y el acceso a servicios de salud plenos y no en selección de tecnologías estrictamente.
- La CRES como ente que genera regulación, debe ampliar en los conceptos gravedad de la enfermedad, interés en salud pública, equidad en grupos vulnerables y necesidad diferencial en salud (cronicidad y paleación), lo siguiente:



- a) Basados en todos los ciudadanos, usuarios y pacientes en el derecho de recibir una atención integral con calidad a tiempo, por tanto los criterios son muy importantes y no podemos darles porcentajes diferentes, porque todos están totalmente integrados.
 - b) Ingresar o ampliar en los criterios establecidos, el buen diagnóstico que se da a tiempo.
 - c) En los pacientes crónicos debe buscarse estabilidad en todos los aspectos que comprendan: citas, controles, exámenes, medicamentos, etc.
-
- Falta mayor divulgación de las nuevas tecnologías a incluir, se recomienda talleres para asociaciones de usuarios de las EPS.
 - Intersectorialidad: cumplimiento de responsabilidad y competencias, participación comunitaria con financiación, necesidades logísticas normativas y operativas acorde al rol y funciones de ésta.
 - Calidad de los medicamentos y mejoramiento de los hospitales y calidad de servicios. Control en la venta de medicamentos en farmacias, humanización de parte de los médicos y demás funcionarios y se haga más control a los mismos.
 - Reforzar el médico que atiende al usuario en el sentido que debe ser más humano.
 - Calidad de los medicamentos y mejoramiento de los hospitales y calidad de servicios. Control en la venta de medicamentos en farmacias, humanización de parte de los médicos y demás funcionarios. Y más control en estos.
 - Deben ser revisados los criterios económicos, no tienen en cuenta que lo no POS se carga de todas formas a impacto en el sistema.
 - Debe aumentarse los costos de los servicios de salud a quienes no cuidan su salud, por ejemplo a los fumadores.

La fase de participación ciudadana con la comunidad de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS, aportó excelentes aspectos a tener en cuenta en la aplicación de los criterios propuestos e igualmente se propusieron nuevos criterios para efectos de analizar con los expertos y delegados de la comunidad científica y de los usuarios, pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS.

Este proceso dio una oportunidad amplia a los grupos de interés del SGSSS derivados de estos dos pilares del sistema como son los usuarios, directos interesados en la prestación



de los servicios de salud dentro del mismo, y los profesionales de la salud quienes prestan y modulan dichos servicios, al adelantar las fases de atención en salud de los pacientes desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación y paliación. En consecuencia, este proceso tomó en cuenta la preferencia de los mismos frente a cada uno de los criterios de priorización.

Tratándose de un proceso de trascendental importancia, la votación de preferencia de los grupos de interés ya referenciados, se adelantó una fase previa de presentación del proceso y de los criterios de priorización teniendo en cuenta que los contenidos de los mismos se comprendieran de la mejor forma, para asegurar que la votación estuviera a ligada a una decisión informada.

FASE 4. 2da REUNIÓN DE EXPERTOS

Objetivos:

- Presentar los resultados del proceso de participación ciudadana.
- Discutir todos los resultados del proceso.
- Definir los criterios y categorías finalmente seleccionadas para la priorización de tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud.
- Definir los pesos relativos a cada criterio seleccionado para la priorización de tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud.

Los participantes que acudieron a la segunda reunión de expertos fueron:

- Héctor Eduardo Castro Jaramillo
Médico Cirujano de la Universidad del Rosario. Especialista en Gestión de Salud de la Universidad ICESI. Magister en Salud Ocupacional de la Universidad del Valle. Magister en Health Policy, Planning & Financing del London School of Economics. Candidato a PhD de Public Health/ Health Services Research & Policy del London School of Hygiene and Tropical Medicine. Actualmente Director del Instituto Nacional de Evaluación Tecnológica en Salud. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana.
- Javier Eslava Schmalbach
Médico Cirujano. Especialista en Anestesiología de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Dirección Universitaria de la Universidad de Los Andes. PhD en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Titular y actual Vicedecano de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.



- John Alberto Marulanda Restrepo
Médico Cirujano de la Universidad Pontificia Bolivariana. Especialista en Medicina Nuclear del Instituto Nacional de Cancerología y de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Pompeu Fabra. Docente invitado de la Universidad del Rosario. Docente Invitado de la Universidad de la Sabana. Docente en Pre grado y Posgrado de la Universidad Externado de Colombia.
- Jorge Darío Duarte Rueda
Médico de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Especialista en Epidemiología de la Universidad del Rosario-CES-Bogotá. Con publicaciones y trabajos en Indicadores de Salud, Calidad en salud de usuarios y proveedores y Avances de Colombia de calidad de la atención en salud. Coordinador Médico de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI).
- Juan Sebastián Castillo
Médico Cirujano y Magister en Epidemiología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra. Actual Coordinador del Grupo de Investigación Clínica del Instituto Nacional de Cancerología.
- Oscar Andrés Gamboa Garay
Médico Cirujano y Especialista en Bioestadística de la Universidad Nacional de Colombia. Magister (C) en Economía de la Universidad Nacional de Colombia. Actual Coordinador del Grupo de Evaluaciones Económicas del Instituto Nacional de Cancerología.
- Sandra Marcela Camacho
Médico Cirujano. Especialista en Epidemiología. Magister en Salud Pública. Exdirectora Médica de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI).
- REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD CIENTÍFICA: Dr. Sergio Robledo.
Miembro de la Federación Médica Colombiana; Vicepresidente del Colegio Médico de Cundinamarca.
- REPRESENTANTE DE LOS PACIENTES: Señora Marcela Dussán. Voluntaria de la Organización no gubernamental AMESE de la ciudad de Bogotá.

A los participantes de esta reunión, se les presentaron los resultados del proceso de participación ciudadana, en su totalidad, tanto para la votación de preferencia como de los criterios nuevos propuestos y sus expectativas y recomendaciones. La tabla No. 17, muestra la información resumida de los puntajes obtenidos por las sociedades y los usuarios en la cuenta de Borda.

Tabla No. 17. Resultados de proceso de participación ciudadana.

USUARIOS		COMUNIDAD CIENTÍFICA	
C01. Gravedad de la enfermedad o condición de salud.	9.6%	C01. Gravedad de la enfermedad o condición de salud.	10.3%
C02. Tasa de incidencia y/o Prevalencia	7.3%	C02. Tasa de incidencia y/o Prevalencia	9.4%
C03. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	6.5%	C03. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	8.2%
C04. Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	6.1%	C04. Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	6.0%
C05. Mejora en Eficacia/ efectividad	9.2%	C05. Mejora en Eficacia/ efectividad	8.1%
C06. Mejora de seguridad y tolerancia	7.2%	C06. Mejora de seguridad y tolerancia	7.5%
C07. Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	7.4%	C07. Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	6.1%
C08. Interés en Salud Pública	8.0%	C08. Interés en Salud Pública	7.8%
C09. Tipo de beneficio clínico	6.6%	C09. Tipo de beneficio clínico	7.3%
C10. Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	5.1%	C10. Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	4.7%
C11. Costo-efectividad de la intervención	6.1%	C11. Costo-efectividad de la intervención	5.9%
C12. Completitud y calidad del reporte	4.0%	C12. Completitud y calidad del reporte	3.5%
C13. Relevancia y validez de la evidencia	4.7%	C13. Relevancia y validez de la evidencia	5.8%
C14. Equidad en grupos vulnerables	6.9%	C14. Equidad en grupos vulnerables	5.7%
C15. Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	5.4%	C15. Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	3.6%

Fuente: Construcción propia de los autores a partir de los resultados de la Participación Ciudadana.

Posterior a la presentación de criterios se realizó la discusión de nuevos criterios presentados por los participantes en el proceso de participación ciudadana. Los nuevos criterios, están descritos en el anexo 3. Se adelantó con los expertos y representantes ya señalados, la discusión de todos los criterios nuevos. Producto de la discusión se concluyó por consenso que todos los criterios nuevos menos uno, estaban inmersos dentro de los quince (15) criterios que se llevaron a la participación ciudadana. El criterio denominado inicialmente Accesibilidad nacional de la tecnología, se sugirió por los expertos que se denominara “Oferta suficiente o adecuada de la Tecnología en Salud (TS), en el país”, sobre este criterio de implementabilidad de la TS, no existió unanimidad

del grupo de expertos de tal manera que se realizó una votación para llegar a acuerdo, según la metodología de consenso tipo Delphi en tiempo real, presentada previamente.

En la tabla No. 18, se presentan los resultados de la votación de este criterio.

Tabla No. 18. Resultados Votación Delphi Criterio Nuevo

Cód.	Criterio	1ra ronda		2da ronda		3ra ronda	
		R	M (IC95%)	R	M (IC95%)	R	M (IC95%)
C16	Oferta adecuada de servicios en el país	1-9	1 (1-8.75)	1-9	1.5 (1-8.75)	1-9	1.5 (1-7)

R: Rango (mínimo-máximo) M: Mediana. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Acuerdo total
 Acuerdo parcial
 Desacuerdo

Como se observa en la tabla anterior, no existió acuerdo entre los participantes. Por lo tanto, este criterio no fue incluido como un criterio final.

En relación con el puntaje de la cuenta de Borda, obtenido por los expertos, la tabla No. 19 presenta los resultados de la medición.

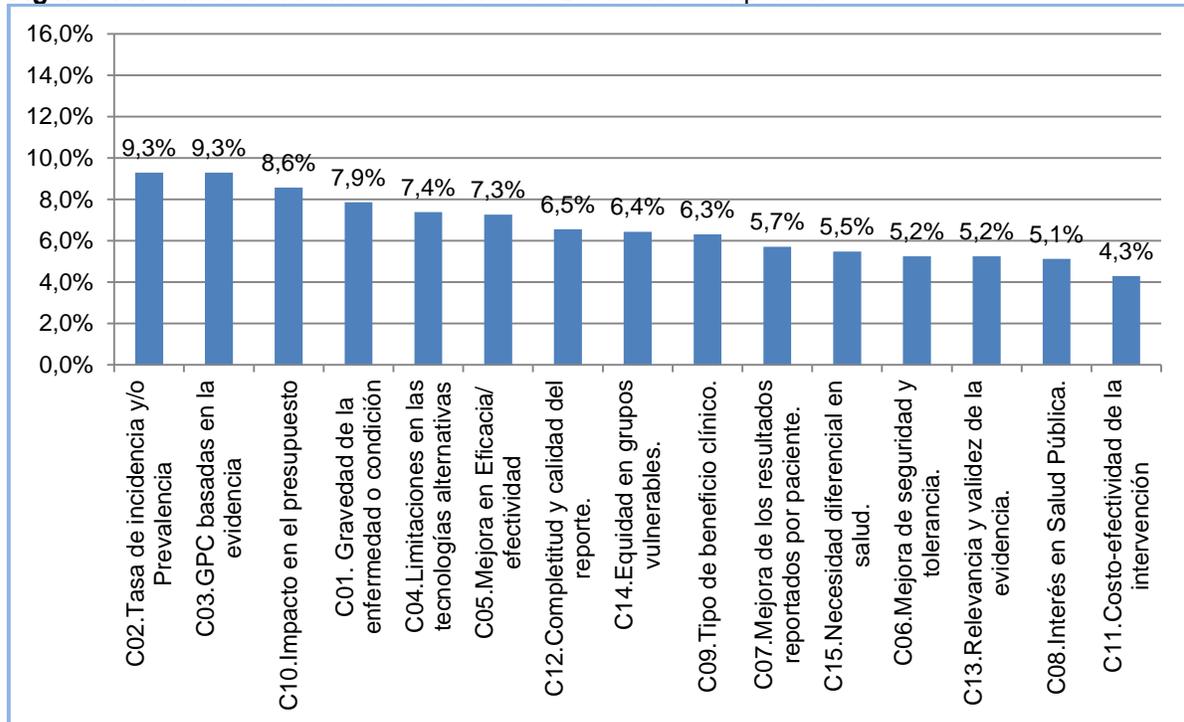
Tabla No. 19. Resultados de cuenta de Borda de medición de expertos

CRITERIO	EXPERTOS	
	n	%
C01. Gravedad de la enfermedad o condición de salud	66	7.9%
C02. Tasa de incidencia y/o Prevalencia	78	9.3%
C03. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	78	9.3%
C04. Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	62	7.4%
C05. Mejora en Eficacia/ efectividad	61	7.3%
C06. Mejora de seguridad y tolerancia	44	5.2%
C07. Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	48	5.7%
C08. Interés en Salud Pública	43	5.1%
C09. Tipo de beneficio clínico	53	6.3%
C10. Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	72	8.6%
C11. Costo-efectividad de la intervención	36	4.3%
C12. Completitud y calidad del reporte	55	6.5%
C13. Relevancia y validez de la evidencia	44	5.2%
C14. Equidad en grupos vulnerables	54	6.4%
C15. Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación).	46	5.5%

Fuente: Resultados de votación cuenta de Borda expertos (segunda reunión). Priorización POS.

La figura 9, presenta los resultados obtenidos por los expertos, ordenados de mayor a menor. Se observa como la tasa de prevalencia/incidencia y el criterio de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia, son los criterios que tienen el mayor peso porcentual (9.3% cada uno)

Figura 9. Resultados ordenados de cuenta de Borda de los expertos.



En la discusión de los expertos, se concluyó por unanimidad, que no debería existir un punto de corte que agrupara los criterios en un conjunto más pequeño, por tanto el punto de corte debería ser 100%. Es decir, el conjunto final de criterios, debería estar conformado por todos los 15 criterios. La tabla No. 20 presenta los resultados de la votación comparados entre los grupos participantes.

Tabla No. 20. Resultados comparativos de diferentes grupos de participantes en cuenta de Borda

USUARIOS		COMUNIDAD CIENTÍFICA		EXPERTOS	
C01. Gravedad de la enfermedad o condición de salud	9.6%	C01. Gravedad de la enfermedad o condición de salud	10.3%	C01. Gravedad de la enfermedad o condición de salud	7.9%

USUARIOS		COMUNIDAD CIENTÍFICA		EXPERTOS	
C02.Tasa de incidencia y/o Prevalencia	7.3%	C02.Tasa de incidencia y/o Prevalencia	9.4%	C02.Tasa de incidencia y/o Prevalencia	9.3%
C03.Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	6.5%	C03.Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	8.2%	C03.Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	9.3%
C04.Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	6.1%	C04.Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	6.0%	C04.Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	7.4%
C05.Mejora en Eficacia/efectividad	9.2%	C05.Mejora en Eficacia/efectividad	8.1%	C05.Mejora en Eficacia/efectividad	7.3%
C06.Mejora de seguridad y tolerancia	7.2%	C06.Mejora de seguridad y tolerancia	7.5%	C06.Mejora de seguridad y tolerancia	5.2%
C07.Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	7.4%	C07.Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	6.1%	C07.Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	5.7%
C08.Interés en Salud Pública	8.0%	C08.Interés en Salud Pública	7.8%	C08.Interés en Salud Pública	5.1%
C09.Tipo de beneficio clínico	6.6%	C09.Tipo de beneficio clínico	7.3%	C09.Tipo de beneficio clínico	6.3%
C10.Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	5.1%	C10.Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	4.7%	C10.Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	8.6%
C11.Costo-efectividad de la intervención	6.1%	C11.Costo-efectividad de la intervención	5.9%	C11.Costo-efectividad de la intervención	4.3%
C12.Completitud y calidad del reporte	4.0%	C12.Completitud y calidad del reporte	3.5%	C12.Completitud y calidad del reporte	6.5%
C13.Relevancia y validez de la evidencia	4.7%	C13.Relevancia y validez de la evidencia	5.8%	C13.Relevancia y validez de la evidencia	5.2%
C14.Equidad en grupos vulnerables	6.9%	C14.Equidad en grupos vulnerables	5.7%	C14.Equidad en grupos vulnerables	6.4%
C15.Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	5.4%	C15.Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	3.6%	C15.Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	5.5%

Fuente: Construcción propia de los autores a partir de los resultados de la Participación Ciudadana y segunda ronda con expertos.

Finalmente se decidió que el peso que debería tener cada criterio, debería estar compuesto por los pesos relativos de las mediciones de Borda de cada grupo que participó en ellas, de forma equitativa. Es decir, el peso final de cada criterio fue el valor dado por cada grupo de participantes (usuarios, sociedades y expertos), siendo el peso de cada grupo igual (1/3, 1/3 y 1/3 respectivamente).

La tabla No. 21 presenta los resultados finales de los criterios seleccionados con sus respectivos pesos.

Tabla No. 21. Resultados de la votación ponderada por grupos de participación y expertos.

PONDERADO	
C01. Gravedad de la enfermedad o condición de salud	9.3%
C02. Tasa de incidencia y/o Prevalencia	8.9%
C05. Mejora en Eficacia/ efectividad	8.7%
C03. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	7.7%
C09. Tipo de beneficio clínico	7.3%
C10. Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	6.9%
C06. Mejora de seguridad y tolerancia	6.6%
C08. Interés en Salud Pública	6.5%
C07. Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	6.3%
C04. Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	6.2%
C14. Equidad en grupos vulnerables	5.7%
C11. Costo-efectividad de la intervención	5.5%
C12. Completitud y calidad del reporte	5.1%
C13. Relevancia y validez de la evidencia	5.0%
C15. Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	4.3%

Fuente: Construcción propia de los autores a partir de los resultados de la segunda ronda con expertos y resultados de la Participación Ciudadana.



CONCLUSIONES

Los criterios de priorización de tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud resultado de este proceso sistemático que se describe en este documento, son el producto de una metodología propuesta que se fue fortaleciendo en su desarrollo con los aportes de los grupos de interés dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Estos criterios de priorización son el fruto de diferentes actividades que representan la evidencia mundial al respecto, las preferencias de la comunidad en general (usuarios del sistema y sociedades científicas como referentes de uso de tecnologías sanitarias) y de expertos en el sistema de salud quienes con la integración de toda esta información, establecieron los mismos.

Este proceso ha estado enriquecido por discusiones académicas y rigurosidad metodológica, que finalmente aumentan la probabilidad de éxito en el uso de dichos criterios en futuros procesos de priorización de tecnologías en salud para la actualización del POS.

El grupo técnico de la UAE-CRES, diseñó este proceso con el objetivo de garantizar transparencia y rigurosidad metodológica, sin sacrificar la participación activa de los grupos de interés. Se escogieron estrategias adecuadas y de fácil aplicación, y estas fueron siempre presentadas en los diferentes ámbitos, con el propósito de realizar un proceso válido para la comunidad científica y para la ciudadanía en general.

Los pesos ponderados de cada uno de los criterios de priorización, obedece a la votación de preferencia de los tres grupos consultados dentro del proceso metodológico desarrollado, es decir la comunidad de usuarios, la comunidad científica y los expertos, donde cada uno de ellos tuvo la misma representatividad.

Cuando se observan los criterios finalmente propuestos, y se comparan contra las características “deseables” para dicho conjunto de criterios, las cuales fueron mencionadas en la introducción de este documento, se ve que el conjunto de los criterios seleccionados cumplen con estas características. El reto que sigue al desarrollo de este proceso corresponde a cómo operacionalizarlos, teniendo en cuenta las fuentes y los elementos disponibles dentro del SGSSS.

Se destaca la inclusión final de criterios de la categoría *Equidad en salud*, dado que reflejan la necesidad que tiene nuestra población en la disminución de brechas sociales y que fueron motivo de amplia discusión y sustentación para su selección por parte de los expertos y valoración de preferencia por parte de los usuarios del SGSSS.



Finalmente la UAE-CRES espera que este proceso y sus resultados sean útiles en actualizaciones futuras del plan de beneficios, lo que repercutirá directamente en el bienestar de los colombianos.

Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B Of 305 - PBX: 4864560 –
FAX: 6068102 Bogotá, Colombia
www.cres.gov.co - e-mail: cres@cres.gov.co



BIBLIOGRAFÍA

- Arrow, K.J. (1963): Social Choice and Individual Values. Segunda edición. Yale University Press. New Hagen.
- Astisagarra E. El Método Delphi. San Sebastian: Universidad de Deusto; 2003.
- Balabanova Y, Gilsdorf A, Buda S, Burger R, Eckmanns T, Gartner B, et al. Communicable diseases prioritized for surveillance and epidemiological research: results of a standardized prioritization procedure in Germany, 2011. PLoS One.6(10):e25691.
- Battista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. CMAJ. 1995 Nov 1;153(9):1233-7.
- Byskov J, Bloch P, Blystad A, Hurtig AK, Fylkesnes K, Kamuzora P, et al. Accountable priority setting for trust in health systems--the need for research into a new approach for strengthening sustainable health action in developing countries. Health Res Policy Syst. 2009;7:23.
- Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. Philos Public Aff. 1997 Fall;26(4):303-50.
- Diederich A, Winkelhage J, Wirsik N. Age as a criterion for setting priorities in health care? A survey of the German public view. PLoS One.6(8):e23930.
- Dummett, M. (1988): "The Borda count and agenda manipulation". Social Choice and Welfare 15, pp. 289-296.
- Elliot J, Heesterbeek S, Lukensmeyer CJ, Slocum N. Participatory Methods Toolkit. A practitioner's manual. Bruselas: King Baudouin Foundation and the Flemish Institute for Science and Technology Assessment (viWTA); 2005.
- Gonzalez-Pier E, Gutierrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorens M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. [Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health]. Salud Publica Mex. 2007;49 Suppl 1:S37-52.
- 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 Jul 18;10(1):9.



- Hernández-Aguado y cols. Editorial Médica Panamericana. Segunda edición. Madrid 2011. Capítulo 57. Participación Comunitaria.
- Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.
- Informe técnico. Actualización integral del POS 2011. UAE-CRES
- Linstone HA, Turoff M. The Delphi method: techniques and applications. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co., Advanced Book Program; 1975.
- Sánchez R, Jaramillo LE. Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. Rev Colomb Psiquiat. 2009;38(4):777-85.
- Schlender M. The use of cost-effectiveness by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): no(t yet an) exemplar of a deliberative process. J Med Ethics. 2008 Jul;34(7):534-9.
- Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford [England] ; New York: Oxford University Press; 1989.
- Tony M, Wagner M, Khoury H, Rindress D, Papastavros T, Oh P, et al. Bridging health technology assessment (HTA) with multicriteria decision analyses (MCDA): field testing of the EVIDEM framework for coverage decisions by a public payer in Canada. BMC Health Serv Res. 2011;11:329.



Anexo 1. Definición y operacionalización de criterios de priorización para inclusión de tecnologías. Proceso de Actualización Integral del POS 2011.

Los criterios de priorización para inclusión de tecnologías utilizados para la propuesta de actualización en el año 2011 fueron los siguientes:

- a. **CARGA DE ENFERMEDAD**: este criterio representa las necesidades en salud de la población colombiana expresadas a través de las principales patologías que ocasionan la mayor cantidad de años de vida saludables perdidos por discapacidad (morbilidad) y/o muerte prematura, según el indicador AVISAS, de acuerdo al estudio efectuado por la UAE-CRES para la actualización del POS, basado en el estudio de carga de la enfermedad del CENDEX del año 2005 y publicado en 2007.
- Valoración de la TS frente al criterio: calificación de la tecnología para posible inclusión frente a los AVISAS totales de la patología prioritaria, según los análisis de carga de enfermedad efectuada por la UAE-CRES, ya descrito.
 - Fuente: Peso porcentual de los AVISAS totales de cada una de las patologías contenidas en la lista de las 39 priorizadas.
 - Fórmula:

Calificación de la tecnología y normalización

El valor de la calificación se normaliza a un valor entre 0 y 1

$$CT_{ce} = \frac{AVISA\ p}{\sum AVISA\ t}$$

En donde:

CT _{ce} :	calificación de la tecnologías por carga de enfermedad
Avisa p:	valor máximo del indicador de AVISAS de la patología priorizada
ΣAVISA t:	sumatoria de los valores máximos de AVISA de las patologías o condiciones de salud priorizadas, equivalente a 1102,683.

En los casos en que la tecnología no esté relacionada con las necesidades de salud o patologías el valor es cero (0).



Peso porcentual:

$$PPce = CTce * PP$$

En donde:

PPce: peso porcentual de la patología seleccionada de acuerdo con carga de enfermedad
PP: peso porcentual del criterio, correspondiente a 30% ó 0,3.

b. CONTRIBUCIÓN A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD: este criterio se basa en la necesidad de dar relevancia al enfoque de integralidad en el manejo del ciclo salud-enfermedad de los afiliados al SGSSS, con énfasis hacia la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de los riesgos y daños en salud, para favorecer el desarrollo del marco estratégico de la Política Pública – APS, con el fin de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención.

- Valoración de la TS frente al criterio: Tecnología que favorece la atención integral de las necesidades en salud mediante su uso en las distintas fases del proceso de atención, según la agrupación siguiente: Promoción y Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y paliación.
- Fuente: Categorización de las tecnologías según su uso o finalidad en las distintas fases del proceso salud enfermedad.
- Fórmula:

Calificación de la tecnología

$$Atención\ integral = f1 + f2 + f3 + f4$$

En donde:

f1 a f4 corresponden al aporte de las tecnologías a las fases del proceso de atención agrupadas, así:

- f1: Promoción y prevención
- f2: Diagnóstico
- f3: Tratamiento
- f4: Rehabilitación y Paliación



Normalización

El valor de la calificación se normaliza a un valor entre 0 y 1

$$N_{ci} = \frac{\Sigma \text{fases}}{4}$$

En donde:

Nci: Normalización del criterio de acuerdo con la contribución a la atención integral en salud

Peso porcentual

$$PP_{ce} = N_{ce} * PP$$

En donde:

PPai: peso porcentual de la tecnología de acuerdo con su contribución a la atención integral en salud en una condición de salud específica o patología.

PP: peso porcentual del criterio, correspondiente a 10% o 0,1.

c. **IMPACTO POBLACIONAL**: este criterio relaciona el volumen de la población que se estima será beneficiaria por la tecnología en salud analizada.

- Valoración de la TS frente al criterio: Estimación del porcentaje de población colombiana que se beneficiará con la incorporación de cada tecnología en el POS.
- Fuente: Variable Población estimada como potencial usuaria de la TS, según informe de impacto.
- Fórmula:

Calificación de la tecnología

Casos Esperados 2012

$$= (\text{Población}) * (\text{Prevalencia}) * (\% \text{ de diagnosticados}) * (\% \text{ de tratados})$$

$$\text{Total casos esperados} = \text{casos esperados RC} + \text{casos esperados RS}$$



En donde:

Casos esperado 2012: corresponde al total de usuarios que se estima presentan la patología o condición de salud a la que está dirigida la tecnología, en relación con el porcentaje estimado de personas diagnósticas y tratadas por esta condición o patología.

Normalización

El valor de la calificación se normaliza a un valor entre 0 y 1

$$\% \text{ población total beneficiaria} = \frac{\text{total casos esperados}}{\text{total población general}}$$

En donde:

% población total beneficiaria: Normalización del criterio de acuerdo con impacto poblacional.

Peso porcentual:

$$PPip = \% \text{ población beneficiaria} * PP$$

En donde:

PPip: peso porcentual de la tecnología de acuerdo con impacto poblacional
PP: peso porcentual del criterio, correspondiente a 15% o 0,15.

d. **POLÍTICA PÚBLICA:** bajo este criterio se recogen los temas de salud que el Gobierno Nacional ha considerado prioritarios para la población colombiana y que a su vez, son concordantes con los objetivos concertados con los países de la región y del mundo (Objetivos de Desarrollo del Milenio), todos ellos acogidos por el Plan Nacional de Salud Pública y el Plan Nacional de Desarrollo. En este contexto, los contenidos del POS y sus coberturas juegan un papel relevante para el alcance de los objetivos en salud de la política pública.

- Valoración de la TS frente al criterio: relación de cada tecnología con las prioridades nacionales en salud definidas por el estado en el marco de la política pública: Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Nutricional, Salud Oral, Salud Mental, Enfermedades Transmisibles, Enfermedades Crónicas.



- Fuente: Plan Nacional de Salud Pública, Ley 1438 de 2011.
- Fórmula:

Calificación de la tecnología

$$\text{Metas de política} = p1 + p2 + p3 + p4 + p5 + p6 + p7$$

En donde:

p1 a p7 corresponden a cada una de las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública, donde se otorga una puntuación de 1 si la tecnología aporta a la meta y 0 si no genera aporte directo a la meta de política pública.

- p1: Nutrición
- p2: Salud infantil
- p3: Salud sexual y reproductiva
- p4: Salud oral
- p5: Salud mental
- p6: Enfermedades transmisibles
- p7: Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades

Normalización

El valor de la calificación se normaliza a un valor entre 0 y 1

$$Npp = \frac{\text{metas de política}}{7}$$

En donde:

- Npp: Normalización del criterio de acuerdo con la contribución de la tecnología a las metas de política pública

Peso porcentual

$$PPpp = Npp * PP$$

En donde:

- PPpp: peso porcentual de la tecnología de acuerdo con su contribución a las metas de política pública
- PP: peso porcentual del criterio, correspondiente a 10% o 0,1.

- e. **IMPACTO ECONÓMICO – UPC:** este criterio incorpora un aspecto que va más allá de la evaluación económica de cada tecnología, al valorar la razonabilidad de su costo, así como la tasa de remplazo de la tecnología analizada, la incidencia del evento relacionado y la población beneficiaria estimada, variables que inciden en el cálculo del impacto financiero sobre la Unidad de Pago por Capitación; es decir en la sostenibilidad micro del Sistema.
- Valoración de la TS frente al criterio: valoración de cada tecnología con respecto a su impacto financiero en la Unidad de Pago por Capitación.
 - Fuente: Resultado individual de evaluación de impacto financiero en la UPC.
 - Fórmula:

Calificación de la tecnología

$$\% \text{ de impacto ponderado} = \frac{\text{impacto RC} * \text{población total RC} + \text{impacto RS} * \text{población total RS}}{\text{total de población}}$$

En donde:

Tomando el percentil 50 del % Población Total Beneficiaria y el percentil 50 del % de Impacto Ponderado, el valor de la calificación es:

- 4: si el % de Impacto Ponderado \leq percentil 50 del % de Impacto Ponderado y, el % Población Total beneficiaria es $>$ del percentil 50 del % Población Total beneficiaria
- 3: si el % de Impacto Ponderado \leq percentil 50 del % de Impacto Ponderado y, el % Población Total beneficiaria es \leq al percentil 50 de % Población Total beneficiaria
- 2: si el % de Impacto Ponderado es $>$ al percentil 50 del % de Impacto Ponderado y, el % Población Total beneficiaria es $>$ percentil 50 de % Población Total beneficiaria
- 1: si el % de Impacto Ponderado $>$ percentil 50 de % de Impacto Ponderado y, el % Población Total beneficiaria es \leq percentil 50 del % Población Total beneficiaria

Normalización

El valor de la calificación se normaliza o se estandariza a un valor entre 0 y 1, calculando el valor mínimo y máximo de todos los datos y aplicando la siguiente fórmula

$$\text{Calificación UPC normalizada} = \frac{(\text{calificación UPC} - \min(\text{calificación UPC}))}{(\max(\text{calificación UPC}) - \min(\text{calificación UPC}))}$$

Peso porcentual

$$PP_{upc} = \text{calificación UPC normalizada} * PP$$

En donde:

- PP_{upc}: peso porcentual de la tecnología de acuerdo con su contribución a las UPC
 PP: peso porcentual del criterio, correspondiente a 10% o 0,1.

f. **Condición especial - SGSSS:** con este criterio se quiere medir el impacto de los costos de la tecnología en el conjunto de las fuentes de financiación del SGSSS que garantizan su sostenibilidad macro, en particular si se mantienen por fuera del plan de beneficios. Por ello se consideró importante tener dentro de los criterios de priorización para inclusión aquellas tecnologías en salud objeto de recobros, estudiadas en el proceso de actualización integral del POS, de mayor impacto o frecuencia en los recobros.

- Valoración de la TS frente al criterio: Participación porcentual de la tecnología en salud, dentro del valor recobrado por su valor individual o por la frecuencia del recobro.
- Fuente: Lista de tecnologías recobradas aportada por el Ministerio de Salud y la Protección Social.
- Fórmula:

Calificación de la tecnología

Se divide el valor recobrado de cada tecnología en el valor total recobrado según la lista aportada por Ministerio (1171 registros), se identificaron los percentiles 20, 50, 70 y 90, y la calificación de la tecnología depende de la posición que ocupa en la lista de acuerdo al siguiente cuadro:

PERCENTIL	VALOR	POSICIÓN	CALIFICACIÓN
p90	1.279.359.590,00	1 a 118	4
p70	99.913.577,00	119 a 352	3
p50	11.871.604,00	353 a 586	2
p20	1.609.952,00	587 a 820	1
		821 en adelante o no está en la lista	0



Normalización

El valor de la calificación se normaliza a un valor entre 0 y 1

$$\text{Normalización calificación SGSSx} = \frac{\text{calificación tecnología} - \text{calificación mínima}}{\text{calificación máxima} - \text{calificación mínima}}$$

$$\text{Normalización calificación SGSSx} = \frac{\text{calificación tecnología}}{\text{calificación máxima}}$$

$$\text{Normalización calificación SGSSx} = \frac{\text{calificación tecnología}}{4}$$

Peso porcentual

$$PP_{sgss} = \text{normalización calificación SGSS} * PP$$

En donde:

- PP_{sgss}: peso porcentual de la tecnología de acuerdo con su representatividad en el impacto al SGSSS
- PP: peso porcentual del criterio, correspondiente a 25% o 0,25.



Anexo 2. Estrategia de búsqueda electrónica

Estrategia básica de búsqueda en Pubmed.

Estrategia 1:

"prioritization algorithm"[Title] OR "prioritization analysis"[Title] OR "prioritization approach"[Title] OR "prioritization based"[Title] OR "prioritization capacity"[Title] OR "prioritization criteria"[Title] OR "prioritization decision making"[Title] OR "prioritization decisions"[Title] OR "prioritization efforts"[Title] OR "prioritization framework"[Title] OR "prioritization matrix"[Title] OR "prioritization method"[Title] OR "prioritization methodology"[Title] OR "prioritization methods"[Title] OR "prioritization procedure"[Title] OR "prioritization process"[Title] OR "prioritization processes"[Title] OR "prioritization project"[Title] OR "prioritization protocol"[Title] OR "prioritization rule"[Title] OR "prioritization scheme"[Title] OR "prioritization schemes"[Title] OR "prioritization skills"[Title] OR "prioritization strategies"[Title] OR "prioritization study"[Title] OR "prioritization system"[Title] OR "prioritization tool"[Title] OR "prioritization tools"[Title] OR "prioritizations"[Title] OR "prioritized research agenda"[Title] OR "prioritized selection"[Title] OR "prioritized world agenda"[Title]

Estrategia 2:

("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "system"[All Fields]) OR "health care system"[All Fields]) OR ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR ("healthcare"[All Fields] AND "system"[All Fields]) OR "healthcare system"[All Fields])) AND priority setting[Title/Abstract]

Anexo 3. Artículos seleccionados en la revisión inicial.

No.	CITACIÓN
1	Balabanova, Y., A. Gilsdorf, et al. "Communicable diseases prioritized for surveillance and epidemiological research: results of a standardized prioritization procedure in Germany, 2011." PLoS One 6(10): e25691.
2	Baltussen, R. and L. Niessen (2006). "Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis." Cost Eff Resour Alloc 4: 14.
3	Byskov, J., P. Bloch, et al. (2009). "Accountable priority setting for trust in health systems--the need for research into a new approach for strengthening sustainable health action in developing countries." Health Res Policy Syst 7: 23.
4	Chitama, D., R. Baltussen, et al. "From papers to practices: district level priority setting processes and criteria for family planning, maternal, newborn and child health interventions in Tanzania." BMC Womens Health 11: 46.
5	Diederich A, Winkelhage J, Wirsik N. Age as a criterion for setting priorities in health care? A survey of the German public view. PLoS One. 2011;6(8):e23930. Epub 2011 Aug 31.
6	Gonzalez-Pier, E., C. Gutierrez-Delgado, et al. (2006). "Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health." Lancet 368(9547): 1608-18.
7	Gonzalez-Pier, E., C. Gutierrez-Delgado, et al. (2007). "[Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health]." Salud Publica Mex 49 Suppl 1: S37-52.
8	Hachinski, V., G. A. Donnan, et al. "Stroke: working toward a prioritized world agenda." Stroke 41(6): 1084-99.
9	Johnson-Masotti, A. P., S. D. Pinkerton, et al. (2000). "Prioritization methods for HIV community planning." J Public Health Manag Pract 6(4): 72-85.
10	Battista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. CMAJ. 1995 Nov 1;153(9):1233-7.
11	Joseph, L. N., R. F. Maloney, et al. (2009). "Optimal allocation of resources among threatened species: a project prioritization protocol." Conserv Biol 23(2): 328-38.
12	Krause, G. and I. Working Group on Prioritization at Robert Koch (2008). "How can infectious diseases be prioritized in public health? A standardized prioritization scheme for discussion." EMBO Rep 9 Suppl 1: S22-7.
13	Maluka, S. O., A. K. Hurtig, et al. "Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality." Int J Health Plann Manage 26(2): e102-120.
14	Meremikwu, M., E. Udoh, et al. "Priority setting for systematic review of health care interventions in Nigeria." Health Policy 99(3): 244-9.
15	Oldman, C., D. Brodie, et al. (2003). "Community health equipment loans: developing a clinical prioritization system." Br J Community Nurs 8(6): 248-52.
16	Pelletier, L. R., C. L. Beaudin, et al. (1999). "The use of a prioritization matrix to preserve quality resources." J Healthc Qual 21(5): 36-8.
17	Resurreccion, J. and J. R. Santos "Multiobjective Prioritization Methodology and Decision Support System for Evaluating Inventory Enhancement Strategies for Disrupted Interdependent Sectors." Risk Anal.
18	Reveiz, L., D. R. Tellez, et al. "Prioritization strategies in clinical practice guidelines development: a pilot study." Health Res Policy Syst 8: 7.
19	Sanchez Martinez, F. I., J. M. Abellan Perpignan, et al. (2008). "[How should health and healthcare priorities be set and evaluated? Prioritization methods and regional disparities. 2008 SESPAS Report]." Gac Sanit 22 Suppl 1: 126-36.
20	HTA Initiative # 5. January, 2002 Conference summary priority setting in health care: from research to practice.



No.	CITACIÓN
21	Simoes, E. J., S. Mariotti, et al. "The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors." <i>Int J Public Health</i> 57(4): 719-33.
22	Tamir O, Rabinovich M, Shani M. Year 2006 update of the Israel National List of Health Services. <i>Isr Med Assoc J.</i> 2006 Sep;8(9):595-600.
23	Wild, C., S. Simpson, et al. (2009). "Information service on new and emerging health technologies: identification and prioritization processes for a European union-wide newsletter." <i>Int J Technol Assess Health Care</i> 25 Suppl 2: 48-55.
24	Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting. <i>Health Policy Plan.</i> 2000 Jun;15(2):130-6.
25	Youngkong, S., N. Tromp, et al. "The EVIDEM framework and its usefulness for priority setting across a broad range of health interventions." <i>Cost Eff Resour Alloc</i> 9: 8.

Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B Of 305 - PBX: 4864560 –
FAX: 6068102 Bogotá, Colombia
www.cres.gov.co - e-mail: cres@cres.gov.co

Prosperidad para todos

Anexo 4. Puntajes dados a los criterios por parte del grupo técnico de la UAE-CRES

CRITERIOS	TOTAL	PONDERADO
Efectividad	35	97%
Seguridad	35	97%
Misión y mandato del sistema de salud	35	97%
Prioridad mundial	35	97%
Impacto al presupuesto	34	94%
Costo – efectividad	34	94%
AVISAS de mortalidad	33	92%
Efecto en la población en general	33	92%
Incidencia - prevalencia - mortalidad	33	92%
Fuerza de la evidencia	33	92%
Población necesitada y vulnerable	33	92%
Severidad de la enfermedad	32	89%
AVISAs de discapacidad	31	86%
Disponibilidad de la evidencia	30	83%
Requerimientos organizacionales y capacidad para la implementación	30	83%
Habilidades	30	83%
Barreras y aceptabilidad	30	83%
Acceso	30	83%
Desenlaces reportados por pacientes - Calidad de vida	29	81%
Carga de la enfermedad	29	81%
Costos	29	81%
Costo oportunidad	29	81%
Legislación	29	81%
Determinantes de la enfermedad	27	75%
Alternativas de tratamiento	27	75%
Equidad, justicia e imparcialidad	27	75%
Guías de práctica clínica	26	72%
Uso pre-existente	26	72%
Capacidad de evaluación de la implementación	26	72%
Prioridades generales	26	72%
Aspectos culturales	26	72%

CRITERIOS	TOTAL	PONDERADO
Relevancia de la evidencia	25	69%
Sostenibilidad	25	69%
Efectos individuales	24	67%
Impacto sobre gastos de bolsillo	24	67%
Prioridades de la población	24	67%
Restricción presupuestal	24	67%
Aspectos políticos	24	67%
Edad de la población objetivo	23	64%
Reducción de pobreza	23	64%
Impacto en prima de aseguramiento	23	64%
Ética en la investigación	23	64%
Recursos	22	61%
Características de la intervención	22	61%
Integración y eficiencia del sistema	22	61%
Necesidad	21	58%
Incentivos	21	58%
Aspectos históricos	21	58%
Innovación	21	58%
Uso apropiado	20	56%
Valor	19	53%
Características de la evidencia	19	53%
Requerimientos de la evidencia	18	50%
Inclusión de ciudadanos	16	44%
Colaboración y liderazgo	15	42%
Intereses y presiones de grupos de interés	15	42%
Utilidad	13	36%
Ética y moral	13	36%
Calidad del cuidado	10	28%
Beneficios en la salud	8	22%

Anexo 5. Agendas de reunión con expertos

Agenda de primera reunión de expertos

HORA	TEMA	RESPONSABLE
8:00 – 8:30	Apertura y Presentación de participantes	Equipo CRES
8:30 – 9:00	Presentación del proyecto de actualización del POS 2012	Dra. Esperanza Giraldo Muñoz Comisionada Experta
9:00 – 9:45	Sistema de Priorización Antecedentes de la CRES en el manejo de criterios de priorización para actualización del POS	Dra. Beatriz Rodríguez Doncel Líder Proyecto POS-UPC
9:45 – 10:00	Café	
10: 00 – 10: 30	Descripción de metodología para determinar el Sistema de Priorización (Resultados de la revisión sistemática y nuevos criterios propuestos).	Dr. Giancarlo Buitrago Gutiérrez Consultor CRES
10:30 – 10:45	Descripción de la metodología del consenso	Dra. Inés María Galindo Henríquez Subdirección Técnica
10: 45 – 11:30	Desarrollo del consenso Delphi	Expertos con apoyo equipo CRES
11:30 – 12 meridiano	Discusión y Cierre	Participantes y Observadores
12:00 – 1 p.m.	Almuerzo	Participantes y Observadores

Agenda de segunda reunión de expertos

HORA	TEMA	RESPONSABLE
7:30 – 8:00	Apertura y Verificación de Quorum.	Equipo CRES
8:00 – 8:40	Recapitulación del proceso adelantado a la fecha. Votación Cuenta de Borda	Dra. Beatriz Rodríguez Líder Proyecto
8:30 – 9:15	Presentación de resultados del proceso de Participación Ciudadana.	Dra. Inés María Galindo Henríquez Subdirección Técnica
9:15 – 10:15	Revisión de resultados de escenarios y de características del conjunto de criterios de priorización.	Dr. Giancarlo Buitrago Gutiérrez Consultor CRES
10: 15 – 10: 30	Café	
10:30 – 11:30	Discusión.	Expertos y delegados con apoyo equipo CRES
11: 30 – 12:30 p.m.	Votación selección definitiva de criterios.	Expertos y delegados con apoyo equipo CRES
12:30 – 1:30 p.m.	Discusión y Cierre.	Participantes
1:30 – 2:30 p.m.	Almuerzo.	Participantes



Anexo 6. Resultados individuales del proceso de participación ciudadana

MEDELLÍN

La primera ciudad donde se realizó el mecanismo de participación ciudadana fue Medellín, se dividió en dos partes: una dirigida a las Asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS, otra dirigida a la comunidad científica.

Reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS

Por espacio de tiempo y disponibilidad las agendas para los usuarios fueron más amplias y para las sociedades científicas se dispuso de 2 horas para el desarrollo del taller.

Los resultados del taller individual fueron:

RESULTADOS USUARIOS - MEDELLÍN, OCTUBRE 23 DE 2012			
Total Participantes: 12			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad o condición de salud	145	10,07%
2	Mejora en Eficacia/ efectividad	137	9,51%
3	Interés en Salud Pública	133	9,24%
4	Equidad en grupos vulnerables	133	9,24%
5	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	111	7,71%
6	Tipo de beneficio clínico	109	7,57%
7	Mejora de seguridad y tolerancia	103	7,15%
8	Tasa de incidencia y/o Prevalencia	90	6,25%
9	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	84	5,83%
10	Costo-efectividad de la intervención	81	5,63%
11	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	78	5,42%
12	Relevancia y validez de la evidencia	72	5,00%
13	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	64	4,44%
14	Complejidad y calidad del reporte	51	3,54%
15	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	49	3,40%

Los nuevos criterios aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS USUARIOS – MEDELLÍN, OCTUBRE 23 DE 2012 Criterios propuestos	
CRITERIOS PROPUESTOS	OBSERVACIONES
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Desde la niñez incluir promoción y prevención
ATENCIÓN INTEGRAL - PREVENCIÓN DE SECUELAS	

Reunión y taller con las sociedades científicas

En la reunión con las Sociedades Científicas se realizó en primer lugar la presentación de la metodología y propuesta preliminar de criterios de priorización para la actualización del POS seguido de un taller con los miembros delegados por las sociedades científicas, con base al documento enviado por la CRES denominado “Propuesta de Criterios de Priorización de Tecnologías en salud para la actualización del plan Obligatorio de Salud”. Participaron 19 representantes de sociedades científicas y los resultados obtenidos fueron:

RESULTADOS SOCIEDADES CIENTÍFICAS - MEDELLÍN, OCTUBRE 23 DE 2012 Total Participantes: 19			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad o condición de salud.	226	9,91%
2	Tasa de incidencia y/o Prevalencia	223	9,78%
3	Interés en Salud Pública	213	9,34%
4	Tipo de beneficio clínico	178	7,81%
5	Mejora de seguridad y tolerancia	175	7,68%
6	Mejora en Eficacia/ efectividad	160	7,02%
7	Costo-efectividad de la intervención	157	6,89%
8	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	149	6,54%
9	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	146	6,40%
10	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	135	5,92%
11	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	131	5,75%
12	Equidad en grupos vulnerables	126	5,53%
13	Relevancia y validez de la evidencia	109	4,78%
14	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	83	3,64%
15	Compleitud y calidad del reporte	69	3,03%

Los nuevos criterios aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS SOCIEDADES CIENTÍFICAS - MEDELLÍN, OCTUBRE 23 DE 2012	
Criterios propuestos	
CRITERIOS PROPUESTOS	OBSERVACIONES
GUIAS	Guías de práctica Clínica de países similares al nuestro
TIPO DE BENEFICIO	Tipo de beneficio en Salud (Salud Mental, Salud Física, Calidad de Vida)
GRADO DE DISCAPACIDAD	Faltaría grado de discapacidad y/o funcionalidad
INTERÉS DEL PACIENTE EN LA CURA	Interés real del paciente frente a la cura o sostenimiento de su enfermedad
ACCESIBILIDAD A LA TECNOLOGÍA	Accesibilidad de la tecnología en el país y por ubicación de la población objeto de la misma.
EDAD	La edad si no está contemplada en grupos vulnerables
RECONSULTA, REINGRESO, CALIDAD	Tasa de reconsulta o reingresos hospitalarios. Calidad de servicio o dispositivos ofrecidos o suministrados.
FUNCIONALIDAD: SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LA OMS	Recomiendo que esta lista se clasifique e incluya en una base de datos a parte, puede el criterio que entrego es desde la visión de atención de personas con discapacidad. La razón principal que argumento es que los desenlaces u OUTCOMES son diferentes a los usuarios cuando se entiende enfermedad vs discapacidad.

CALI

La segunda ciudad fue Cali, donde el Mecanismo de Participación ciudadana fue igual al de Medellín.

Reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS

En reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS, la cantidad de usuarios que participaron fue de 20 y allí el resultado del taller individual fue:

RESULTADOS USUARIOS - CALI, OCTUBRE 26 DE 2012			
Total Participantes: 20			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad o condición de salud	257	10,71%
2	Mejora en Eficacia/ efectividad	229	9,54%
3	Interés en Salud Pública	227	9,46%
4	Tasa de incidencia y/o Prevalencia	205	8,54%
5	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	160	6,67%

RESULTADOS USUARIOS - CALI, OCTUBRE 26 DE 2012			
Total Participantes: 20			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
6	Mejora de seguridad y tolerancia	160	6,67%
7	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	160	6,67%
8	Costo-efectividad de la intervención	152	6,33%
9	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	151	6,29%
10	Tipo de beneficio clínico	149	6,21%
11	Equidad en grupos vulnerables	132	5,50%
12	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	129	5,38%
13	Relevancia y validez de la evidencia	113	4,71%
14	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	88	3,67%
15	Complejidad y calidad del reporte	88	3,67%

Los nuevos criterios y observaciones a los criterios, aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS USUARIOS - CALI, OCTUBRE 26 DE 2012	
Criterios propuestos	
CRITERIOS PROPUESTOS	OBSERVACIONES
MEDICINA ALTERNATIVA	Incluir opciones de medicina alternativa sin limitaciones, como fuente terapéutica y alternativa en la enfermedad, inclusión para patologías catastróficas,
CRITERIO SOCIAL	Impacto en la salud mental de la no intervención
EFFECTOS ADVERSOS	Tecnología para efectos adversos
INTERSECTORIALIDAD	Intersectorialidad, Propuesta: Intersectorialidad: Cumplimiento de responsabilidad y competencias, participación comunitaria con financiación, necesidades logísticas normativas y operativas acorde al rol y funciones de esta. Este criterio se descarta como tal al no corresponder a las tecnologías.
ACCESO	Acceso y disponibilidad de las tecnologías para ciertas zonas geográficas del país, tengan inversión en su tratamiento.
MEDICAMENTOS	Calidad de los medicamentos y mejoramiento de los hospitales y calidad de servicios. Control en la venta de medicamentos en farmacias, humanización de parte de los médicos y demás funcionarios. Y más control en estos.

RESULTADOS USUARIOS - CALI, OCTUBRE 26 DE 2012	
Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
C3	Que se tengan en cuenta las guías para el manejo de la evidencia de la psoriasis en Colombia elaboradas por la sociedad colombiana de dermatología.

RESULTADOS USUARIOS - CALI, OCTUBRE 26 DE 2012 Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
C5	Reforzar el médico que atiende al usuario se debe humanizar. Complementarlo en la humanización de los médicos en la atención al paciente
C5, C6	Pienso que los criterios 5 y 6 podrían ser uno solo.
C7	El impacto en el desarrollo social y económico establece la necesidad de evaluar nuevas alternativas terapéuticas disponibles en el país, que permitan mejorar las manifestaciones clínicas, la evolución, la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad en nuestro medio, y podamos ofrecer una atención integral que se refleje en nuestro medio.
C14	Es importante dejar claro que la vulnerabilidad no es solo financiera, también los es en lo cultural y en lo tradicional entre otros.

Reunión y taller con las sociedades científicas

Dentro de las Sociedades Científicas los participantes fueron 26 y los resultados arrojados son:

RESULTADOS SOCIEDAD CIENTÍFICA - CALI, OCTUBRE 25 DE 2012 TOTAL PARTICIPANTES: 26, REGISTROS INVALIDADOS 2			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad o condición de salud	295	10,24%
2	Tasa de incidencia y/o Prevalencia	294	10,21%
3	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	264	9,17%
4	Mejora en Eficacia/ efectividad	242	8,40%
5	Tipo de beneficio clínico.	205	7,12%
6	Mejora de seguridad y tolerancia.	195	6,77%
7	Interés en Salud Pública.	185	6,42%
8	Relevancia y validez de la evidencia.	185	6,42%
9	Equidad en grupos vulnerables.	179	6,22%
10	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	177	6,15%
11	Costo-efectividad de la intervención	160	5,56%
12	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente.	142	4,93%
13	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación).	130	4,51%
14	Complejidad y calidad del reporte.	115	3,99%
15	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	112	3,89%



Las nuevas observaciones a los criterios, aportados por las Sociedades Científicas fueron:

RESULTADOS USUARIOS - CALI, OCTUBRE 26 DE 2012 Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
Todos	Nivel de Implementación, desarrollo y aceptación mundial
	Se debe analizar al interior de cada Sociedad Científica (a nivel central), para que se establezca priorización de las tecnologías.
	Necesidad de educar a los médicos en estas prioridades; que estos cambios se conozcan en las aulas.

BUCARAMANGA

La tercera ciudad que participó del mecanismo de Participación Ciudadana fue Bucaramanga.

Reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS

La cantidad de usuarios que participaron fue de 19 y allí el resultado del taller individual fue:

RESULTADOS USUARIOS - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012 Total Participantes: 19			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Mejora en Eficacia/ efectividad	230	10,09%
2	Gravedad de la enfermedad o condición de salud	210	9,21%
3	Mejora de seguridad y tolerancia	203	8,90%
4	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	172	7,54%
5	Equidad en grupos vulnerables	163	7,15%
6	Interés en Salud Pública	158	6,93%
7	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	155	6,80%
8	Tasa de incidencia y/o Prevalencia	153	6,71%
9	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	133	5,83%
10	Tipo de beneficio clínico	132	5,79%
11	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	125	5,48%
12	Relevancia y validez de la evidencia	123	5,39%
13	Costo-efectividad de la intervención	112	4,91%

Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B Of 305 - PBX: 4864560 –
 FAX: 6068102 Bogotá, Colombia
www.cres.gov.co - e-mail: cres@cres.gov.co



RESULTADOS USUARIOS - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012			
Total Participantes: 19			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
14	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	110	4,82%
15	Complejidad y calidad del reporte	101	4,43%

Los nuevos criterios, aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS USUARIOS - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012	
Criterios propuestos	
Criterios propuestos	Observaciones
ENFERMEDADES HUERFANAS	Criterios para las enfermedades huérfanas. Enfermedades huérfanas o no "definidas"
REHABILITACIÓN	Costo de rehabilitación
	Falta mayor divulgación de las nuevas tecnologías a incluir, se recomienda talleres para asociaciones de usuarios de las EPS.

RESULTADOS USUARIOS - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012	
Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
C16	Incluir la costo-efectividad de los medicamentos.
C17	Incluir costo de instrumentos de rehabilitación.

Reunión y taller con las sociedades científicas

Dentro de las Sociedades Científicas los participantes fueron 11, pero se invalidó un registro, debido a que marcó varias veces el mismo criterio y dejó otros por fuera. Los resultados arrojados son:

RESULTADOS SOCIEDADES - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012			
Total Participantes: 11 Registros Invalidados: 1			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud	117	9,75%
2	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	109	9,08%
3	Interés en Salud Pública	109	9,08%
4	Mejora en eficacia y efectividad	106	8,83%
5	Tasa de incidencia y/o prevalencia	100	8,33%
6	Tipo de beneficio clínico	92	7,67%
7	Mejora de seguridad y tolerancia	91	7,58%

RESULTADOS SOCIEDADES - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012			
Total Participantes: 11 Registros Invalidados: 1			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
8	Relevancia y validez de la evidencia	74	6,17%
9	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	73	6,08%
10	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	72	6,00%
11	Equidad en grupos vulnerables	70	5,83%
12	Costo-efectividad de la intervención	62	5,17%
13	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	47	3,92%
14	Complejidad y calidad del reporte	45	3,75%
15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	33	2,75%

Los nuevos criterios, aportados por los delegados de la comunidad científica fueron:

RESULTADOS SOCIEDADES - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012	
Criterios propuestos	
CRITERIOS PROPUESTOS	OBSERVACIONES
IMPACTO FARMACO ECONÓMICO	Ahorro de la nueva tecnología en comparación con tecnologías en uso
DIAGNÓSTICO TEMPRANO	Un criterio que abarque el uso de la tecnología en el diagnóstico temprano y oportuno de toda la población, en especial de la primera infancia. Aporte de la tecnología al diagnóstico temprano para evitar con ello posteriores complicaciones y por ende más costo en la atención del paciente

RESULTADOS SOCIEDADES - BUCARAMANGA, OCTUBRE 30 DE 2012	
Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
C4	La efectividad y eficacia de una tecnología debe tener prioridad sobre si esa tecnología está o no aprobada por el INVIMA, para el propósito para el cual se propone.

VALLEDUPAR

Valledupar fue otra de las ciudades en la cual se desarrolló el mecanismo de Participación Ciudadana.

Reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS

La cantidad de usuarios que participaron fue de 14 y allí el resultado del taller individual fue:

Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B Of 305 - PBX: 4864560 –
FAX: 6068102 Bogotá, Colombia
www.cres.gov.co - e-mail: cres@cres.gov.co

RESULTADOS USUARIOS - VALLEDUPAR, NOVIEMBRE 2 DE 2012 Total Participantes: 14			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud	173	10,30%
2	Tasa de incidencia y/o prevalencia	136	8,10%
3	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	115	6,85%
4	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	96	5,71%
5	Mejora en eficacia y efectividad	138	8,21%
6	Mejora de seguridad y tolerancia	102	6,07%
7	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	120	7,14%
8	Interés en Salud Pública	144	8,57%
9	Tipo de beneficio clínico	113	6,73%
10	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	91	5,42%
11	Costo-efectividad de la intervención	93	5,54%
12	Complejidad y calidad del reporte	76	4,52%
13	Relevancia y validez de la evidencia	62	3,69%
14	Equidad en grupos vulnerables	101	6,01%
15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	120	7,14%

Los nuevos criterios, aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS USUARIOS - VALLEDUPAR, NOVIEMBRE 2 DE 2012 Criterios propuestos	
CRITERIOS PROPUESTOS	OBSERVACIONES
	Que se tengan en cuenta los siguientes criterios: 8, 10, 5 y 14, son los más importantes.
	Justificación del por qué de lo del costo de aspectos evaluadores que es en dinero. Si establece si lo técnico con alto desempeño... oportunidad eficiencia y eficacia en algo que está consagrado en nuestra constitución como el derecho a la salud.
MEDICAMENTOS RETROVIRALES	Que tengan en cuenta medicamentos retrovirales
GEOGRÁFICO	Geográficamente es importante valorar la clase de patologías que se presentan por regiones.

RESULTADOS USUARIOS - VALLEDUPAR, NOVIEMBRE 02 DE 2012 Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
C1	Además de valorar la carga de la enfermedad y enfoque epidemiológico evaluar los factores de riesgo y el sistema socioeconómico prevalente como parte determinante.

Reunión y taller con las sociedades científicas

Dentro de las Sociedades Científicas los participantes fueron 8, los resultados arrojados de la aplicación de votación por Cuenta de Borda, son:

RESULTADOS SOCIEDADES - VALLEDUPAR, NOVIEMBRE 1 DE 2012 Total Participantes: 8			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud.	117	12,19%
2	Tasa de incidencia y/o prevalencia.	100	10,42%
3	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	78	8,13%
4	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	56	5,83%
5	Mejora en eficacia y efectividad	90	9,38%
6	Mejora de seguridad y tolerancia	75	7,81%
7	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	69	7,19%
8	Interés en Salud Pública	69	7,19%
9	Tipo de beneficio clínico	60	6,25%
10	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	42	4,38%
11	Costo-efectividad de la intervención	53	5,52%
12	Complejidad y calidad del reporte	27	2,81%
13	Relevancia y validez de la evidencia	53	5,52%
14	Equidad en grupos vulnerables	45	4,69%
15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	26	2,71%

La comunidad científica de esta ciudad no consideró otros criterios de priorización.



PEREIRA

La quinta ciudad que participó del mecanismo de Participación Ciudadana fue Pereira.

Reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS

Dentro de las Asociaciones de usuarios los participantes fueron 11, pero se invalidó un registro, debido a que marcó varias veces el mismo criterio y dejó otros por fuera. Los resultados arrojados son:

RESULTADOS USUARIOS - PEREIRA, NOVIEMBRE 14 DE 2012 Total Participantes: 10 Registros Invalidados: 1			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	124	10,33%
2	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud	117	9,75%
3	Mejora en eficacia y efectividad	103	8,58%
4	Interés en Salud Pública	94	7,83%
5	Equidad en grupos vulnerables	86	7,17%
6	Tipo de beneficio clínico	85	7,08%
7	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	81	6,75%
8	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	77	6,42%
9	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	74	6,17%
10	Mejora de seguridad y tolerancia	69	5,75%
11	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	65	5,42%
12	Tasa de incidencia y/o prevalencia	64	5,33%
13	Costo-efectividad de la intervención	60	5,00%
14	Relevancia y validez de la evidencia	58	4,83%
15	Complejidad y calidad del reporte	43	3,58%

Los nuevos criterios aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS USUARIOS - PEREIRA, NOVIEMBRE 14 DE 2012	
Criterios propuestos	
Criterios propuestos	Observaciones
PROMOCIÓN PREVENCIÓN Y	Medicina natural o fitoterapia.
ATENCIÓN INTEGRAL - PREVENCIÓN DE SECUELAS	Atención integral a enfermedades de alto costo.
	Incremento del costo a quien no cuida su salud. P.e.: fuma.
	Que se le exija a las entidades tener transparencia en la problemática en cuanto a la salud y que sea muy notoria.

Reunión y taller con las sociedades científicas

En cuanto a las Sociedades Científicas con cinco participantes, los resultados arrojados son:

RESULTADOS SOCIEDADES CIENTÍFICAS - PEREIRA, NOVIEMBRE 13 DE 2012			
Total Participantes: 5			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud	70	11,67%
2	Tasa de incidencia y/o prevalencia	62	10,33%
3	Mejora en eficacia y efectividad	56	9,33%
4	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	52	8,67%
5	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	50	8,33%
6	Mejora de seguridad y tolerancia	49	8,17%
7	Tipo de beneficio clínico	49	8,17%
8	Interés en Salud Pública	43	7,17%
9	Costo-efectividad de la intervención	36	6,00%
10	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	34	5,67%
11	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	24	4,00%
12	Complejidad y calidad del reporte	22	3,67%
13	Equidad en grupos vulnerables	22	3,67%
14	Relevancia y validez de la evidencia	17	2,83%
15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	14	2,33%

Los nuevos criterios, aportados por los delegados fueron:

Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B Of 305 - PBX: 4864560 –
 FAX: 6068102 Bogotá, Colombia
www.cres.gov.co - e-mail: cres@cres.gov.co

RESULTADOS SOCIEDADES CIENTÍFICAS - PEREIRA, NOVIEMBRE 13 DE 2012	
Criterios propuestos	
CRITERIOS PROPUESTOS	OBSERVACIONES
TECNOLOGÍAS EN SALUD AVANZADAS	Tener en cuenta que es muy importante el gripe de embarazadas cuyo tiempo es corto y muy prioritario para el uso de TS cada vez más avanzadas.
	Aumentar la TS actual y relacionarla con el número de población y costos.
	Población real que requiere del servicio de salud y relacionarla con el número de profesionales disponibles.

BARRANQUILLA

Barranquilla fue la sexta ciudad que participó del mecanismo de Participación Ciudadana.

Reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS

La cantidad de usuarios que participaron fue de 13 y allí el resultado del taller individual fue:

RESULTADOS USUARIOS - BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 16 DE 2012			
Total Participantes: 13			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Equidad en grupos vulnerables.	162	8,44%
2	Tipo de beneficio clínico.	158	8,23%
3	Mejora en Eficacia/ efectividad	157	8,18%
4	Gravedad de la enfermedad o condición de salud.	153	7,97%
5	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	149	7,76%
6	Costo-efectividad de la intervención	148	7,71%
7	Tasa de incidencia y/o Prevalencia	147	7,66%
8	Mejora de seguridad y tolerancia.	144	7,50%
9	Interés en Salud Pública.	133	6,93%
10	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente.	129	6,72%
11	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	107	5,57%
12	Relevancia y validez de la evidencia.	95	4,95%
13	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación).	89	4,64%

RESULTADOS USUARIOS - BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 16 DE 2012 Total Participantes: 13			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
14	Complejidad y calidad del reporte.	76	3,96%
15	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	73	3,80%

Los nuevos criterios, aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS USUARIOS - BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 16 DE 2012 Criterios propuestos	
CRITERIOS PROPUESTOS	OBSERVACIONES
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Si está demostrado que la UPC no es viable económicamente para la prestación del servicio, crear un mecanismo que preste ayudas diagnósticas.
TODOS	Para mí todos los criterios son muy buenos, y la comunidad científica y la CRES lo han validado.

Reunión y taller con las sociedades científicas

En cuanto a las Sociedades Científicas con doce participantes, los resultados arrojados son:

RESULTADOS COMUNIDADES CIENTÍFICAS - BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 15 DE 2012 Total Participantes: 12			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Tasa de incidencia y/o Prevalencia	130	9,03%
2	Interés en Salud Pública	128	8,89%
3	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	125	8,68%
4	Gravedad de la enfermedad o condición de salud	124	8,61%
5	Costo-efectividad de la intervención	111	7,71%
6	Mejora en Eficacia/ efectividad	110	7,64%
7	Mejora de seguridad y tolerancia	107	7,43%
8	Tipo de beneficio clínico	100	6,94%
9	Relevancia y validez de la evidencia	97	6,74%
10	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	88	6,11%
11	Equidad en grupos vulnerables	85	5,90%
12	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	82	5,69%
13	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	64	4,44%

RESULTADOS COMUNIDADES CIENTÍFICAS - BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 15 DE 2012 Total Participantes: 12			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
14	Complejidad y calidad del reporte	47	3,26%
15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	42	2,92%

Los nuevos criterios, aportados por los delegados de la comunidad científica fueron:

RESULTADOS COMUNIDADES CIENTÍFICAS - BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 15 DE 2012 Criterios propuestos	
Criterios propuestos	Observaciones
TECNOLOGÍA	Incluir la posibilidad de probar la tecnología en el país, por ejemplo la disponibilidad del PET
ENFERMEDADES ESPECIALES	Convención internacional de los derechos humanos de las personas con discapacidad - ONU. Promoción de la salud pública, condicionantes de la salud
CONCEPTO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS	Concepto de las sociedades científicas
ENFERMEDADES ESPECIALES	Enfermedades especiales - ONU / Discapacitados
PREVENCIÓN	Priorizar la prevención y la tecnología sobre prever
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	Tecnología que fomente la investigación científica

RESULTADOS COMUNIDADES CIENTÍFICAS - BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 15 DE 2012 Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
C3	Retirar el punto de válidas para Colombia

BOGOTÁ

Con la ciudad de Bogotá se cerró el ciclo de Participación Ciudadana.

Reunión con las asociaciones de usuarios y pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS

La cantidad de usuarios que participaron fue de 15, pero sólo votaron 12, ya que 03 participantes votaron en blanco. El resultado del taller individual fue:

RESULTADOS USUARIOS - BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE 20 DE 2012			
Total Participantes: 15, Registros en Blanco: 3			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud	135	9,38%
2	Tasa de incidencia y/o prevalencia	104	7,22%
3	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia	88	6,11%
4	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto	106	7,36%
5	Mejora en eficacia y efectividad	142	9,86%
6	Mejora de seguridad y tolerancia	105	7,29%
7	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	115	7,99%
8	Interés en Salud Pública	94	6,53%
9	Tipo de beneficio clínico	67	4,65%
10	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	113	7,85%
11	Costo-efectividad de la intervención	110	7,64%
12	Complejidad y calidad del reporte	63	4,38%
13	Relevancia y validez de la evidencia	60	4,17%
14	Equidad en grupos vulnerables	79	5,49%
15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	59	4,10%

Los nuevos criterios, aportados por los participantes fueron:

RESULTADOS USUARIOS - BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE 20 DE 2012	
Criterios propuestos	
Criterios propuestos	Observaciones
SALUD MENTAL	Aquí se habla de blanco o negro, se cura o no se cura, la pregunta y el apoyo al manejo de la salud mental donde queda.
DIAGNÓSTICO OPORTUNO	Todos importantes. Comentario. Que un diagnóstico se de a tiempo
NECESIDADES DE SALUD	Los criterios deben estar basados en las necesidades del usuario y el acceso a servicios de salud plenos y no en selección de tecnologías estrictamente.
SALUD MENTAL	Sobre salud mental como el grupo de equidad
ACCESIBILIDAD NACIONAL	Accesibilidad de la población a nivel nacional
SISTEMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Sistemas de promoción y prevención: por ejemplo VPH sin parámetros de edad. Políticas que se ejecuten con respecto a promoción y prevención de muchas patologías teniendo en cuenta la incidencia y/o prevalencia.
TIEMPO	Tiempo por cuanto hay enfermedades que llevan mas tiempo para su recuperación
	Yo no incluiría otro criterio, no siempre se debe hablar de salud, también hay trastornos y condiciones

RESULTADOS USUARIOS - BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE 20 DE 2012 Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
Varios	<p>La CRES como ente que genera regulación, debe ampliar en los conceptos gravedad de la enfermedad, interés en salud pública, equidad en grupos vulnerables y necesidad diferencial en salud (cronicidad y paliación), lo siguiente:</p> <p>Basados todos los ciudadanos, usuarios y pacientes en el derecho de recibir una atención integral con calidad a tiempo, por tanto los criterios son muy importantes y no podemos darles porcentajes diferentes, porque todos están totalmente integrados.</p> <p>Ingresar o ampliar en los criterios establecidos, el buen diagnóstico que sea a tiempo.</p> <p>En los pacientes crónicos debe buscarse estabilidad en todos los aspectos que comprendan: citas, controles, exámenes, medicamentos, etc.</p>

Reunión y taller con las sociedades científicas

Dentro de las Sociedades Científicas los participantes fueron 12, los resultados arrojados son:

RESULTADOS COMUNIDADES CIENTÍFICAS - BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE 20 DE 2012 Total Participantes: 12			
POSICIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	PESO PORCENTUAL
1	Gravedad de la enfermedad y/o condición de salud.	164	11,39%
2	Tasa de incidencia y/o prevalencia.	111	7,71%
3	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.	127	8,82%
4	Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.	79	5,49%
5	Mejora en eficacia y efectividad	115	7,99%
6	Mejora de seguridad y tolerancia	113	7,85%
7	Mejora de los resultados en salud reportados por paciente	105	7,29%
8	Interés en Salud Pública	97	6,74%
9	Tipo de beneficio clínico	106	7,36%
10	Impacto en el presupuesto del Plan de Salud	66	4,58%
11	Costo-efectividad de la intervención	60	4,17%
12	Complejidad y calidad del reporte	48	3,33%
13	Relevancia y validez de la evidencia	96	6,67%
14	Equidad en grupos vulnerables	89	6,18%
15	Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)	64	4,44%



Los nuevos criterios, aportados por los delegados fueron:

RESULTADOS COMUNIDADES CIENTÍFICAS - BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE 20 DE 2012	
Criterios propuestos	
Criterios propuestos	Observaciones
NORMAS MÍNIMAS EN ANESTESIOLOGÍA	Los anestesiólogos tenemos unas normas mínimas para el ejercicio seguro de la anestesia en el país. Los desenlaces no adecuados tienen costos para el paciente y la familia diferentes (costos del vómito, incapacidad laboral, enfermedad).
ACCESIBILIDAD LOCAL DE LA TS	Accesibilidad local a la tecnología en salud
PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN	Procedimientos de mínima invasión
ENFERMEDADES HUÉRFANAS	Las leyes que el congreso ha aprobado (enfermedad huérfana, cáncer infantil, anestesia)

RESULTADOS COMUNIDADES CIENTÍFICAS - BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE 20 DE 2012	
Aportes a los criterios	
NÚMERO DE CRITERIO	OBSERVACIONES
C3	Las guías deberían tener inicialmente todos los criterios para que sea un solo trabajo
C6	Efectos iatrogénicos
C10	Deben ser revisados los criterios económicos, no tienen en cuenta que lo no POS se carga de todas formas a impacto en el sistema

CONSOLIDADO DEL MECANISMO DE PARTICIPACIÓN

El día 20 de noviembre de 2012, terminó en Bogotá, D.C., el proceso de Participación Ciudadana, que se llevó a cabo en siete (07) ciudades: Medellín, Cali, Bucaramanga, Valledupar, Pereira, Barranquilla y Bogotá, D.C.

Número de delegados de las Asociaciones de Usuarios y pacientes, Veedurías Ciudadanas y COPACOS: 106

Número de participantes de las Comunidades Científicas y/o comunidad científica: 93