

Métodos de priorización de investigación para la salud: su revisión como instrumento para la construcción de la agenda nacional en Panamá

Luz I. Romero^{1,*} y Cristiane Quental²

¹Investigadora, Dirección de Investigación, Universidad Santa María La Antigua (USMA), Apartado Postal 0819-08550, Panamá, República de Panamá.

²Investigadora, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, 21041-210 Rio de Janeiro, Brasil.

*Autor para correspondencia. Email: lromero@usma.ac.pa

Recibido: 21 de noviembre de 2014

Aceptado: 5 de diciembre de 2014

Abstract

Panama does not have a National Health Research Agenda and it is an opportune time to establish it on the basis of favorable circumstances for interagency cooperation. The lack of systematic prioritization practices reinforced by broad consensus and led by the governance health agencies have contributed to the absence of that agenda in the country. In this work, a systematic review of current methods of prioritization in health research is presented, highlighting their individual characteristics such as main purpose, the process approach, the use of criteria and values, their application in some countries, their advantages and limitations. Although, there is no a specific method for prioritization at country level, the analysis presented here provides alternative methodologies and strategies that can be used in the near prioritization process in order set an agenda aligned with the health needs of the population and established in a fare way by consensus of a wide group of stakeholders.

Keywords: Health research; Research agenda; Prioritization.

Resumen

Panamá no cuenta con una Agenda Nacional de Investigación para la Salud y se encuentra en un momento oportuno de poder consolidarla con base en un clima favorable de cooperación interinstitucional. La falta de prácticas sistemáticas de priorización reafirmadas por amplio consenso y lideradas por los entes rectores de la salud ha contribuido a que no se cuente con dicha agenda en el país. En el presente trabajo se realiza una revisión sistemática de los actuales métodos de priorización en investigación para la salud, destacando sus características individuales, tales como su objetivo principal, el abordaje del proceso, los criterios y valores del método, su aplicación en algunos países, sus ventajas y limitaciones. Aunque se destaca que no existe un método específico de priorización a nivel de países, el análisis aquí presentado ofrece alternativas metodológicas y estrategias que pueden ser utilizadas en un próximo proceso de priorización a fin de contribuir a la alineación de la investigación con las necesidades sanitarias de la población mediante un ejercicio justo y consenso dado por una amplia participación de actores.

Palabras clave: Investigación en salud; Priorización; Agenda

Introducción

La priorización es un proceso esencial para el establecimiento de una agenda nacional de prioridades de investigación para la salud (ANPIS) y en términos generales, su objetivo principal es asegurar una inversión eficiente para mejorar la salud de la población. No obstante, hoy en día, ante una situación mundial de incapacidad de sustento de los sistemas públicos de salud, la selección de prioridades de investigación es uno de los asuntos más discutidos tanto en países de alta, media o baja renta, donde se cuestiona fuertemente si estas prioridades nacionales están de acuerdo con las necesidades sanitarias de la población, con las realidades científicas, sociales y económicas de los mismos (1).

Los indicadores de salud de la población panameña revelan un proceso de transición epidemiológica en el que los principales problemas sanitarios corresponden a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) sin llegarse a resolver la existencia de las enfermedades transmisibles (2). Sin embargo, tradicionalmente la investigación para la salud en el Panamá ha estado muy ligada a las enfermedades tropicales y transmisibles, dejando de lado temas como las ECNT, la inequidad en salud y la calidad de los servicios de salud, que se encuentran entre los mayores retos a superar dentro del sistema nacional de salud (SNS). En este mismo sentido, la generación de conocimiento a través de la investigación para el establecimiento de políticas públicas y su transformación en servicios o intervenciones de salud ha sido una debilidad del Sistema Nacional de Investigación para la Salud (SNIS) como ha sido revisado recientemente por el autor (3).

Por otra parte, se vislumbra la iniciativa de establecer una ANPIS basado en un reciente clima de cooperación interinstitucional y de actores que ha sido condicionado por una serie de factores, tales como: la existencia de mecanismos de estímulo para investigación e innovación establecidos en años

recientes por la Secretaria Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT); la generación de un capital humano fundamental para poder abordar el problema; el establecimiento de nuevas infraestructuras de investigación y de salud; el reconocimiento institucional del Ministerio de Salud de Panamá (MINSa) de enfocar la investigación en temas pertinentes al perfil de salud de la población relacionado a un reciente plan nacional para abordar el problema de las ECNT y la elaboración del Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (PENCIYT) 2014-2019, cuya principal función es apoyar el desarrollo científico del país, incluyendo el avance en el área de salud. Toda esta serie de eventos hace pertinente la revisión del tema a fin de contribuir al conocimiento de este proceso y de colocarlo a disposición de la comunidad científica que pudiera ser partícipe de procesos de priorización.

Método

El presente estudio de revisión bibliográfica analiza los principales procesos de priorización para investigación en salud con base en publicaciones científicas realizadas durante las últimas dos décadas (1990-2014). Para la búsqueda de literatura en inglés fue utilizada la base bibliográfica de “PubMed”, que posee más de 24 millones de referencias de investigación en salud, “peer-reviewed”. Las palabras claves utilizadas fueron “health research”, “priority setting” y “agenda”, generando un total de 1840 referencias. Después de refinar la búsqueda con la palabra clave “review” se obtuvo un total de 418 documentos. La base bibliográfica de “LILACS” fue utilizada para localizar otras publicaciones sin restricción de idioma, generando un total de 12 artículos al usar las palabras claves “investigación en salud” y “priorización” y “agenda”.

También fueron utilizadas como fuente de referencias específicas las bases de datos de agencias internacionales, tales como la organización Mundial de la Salud (OMS), “Council on Health Research for Development -COHRED” y “Pan American Health Organization (PAHO)”. Las bases de datos fueron consultadas durante los meses de diciembre del 2013 a Octubre del 2014 y el total de artículos obtenidos fueron posteriormente refinados según su contenido hasta un total de 38. Las características individuales extraídas de cada método fueron la estrategia utilizada, el abordaje del proceso, los criterios y valores del método, su aplicación en algunos países, sus ventajas y limitaciones (Tabla 1).

Tabla 1. Métodos comúnmente utilizados para la determinación de prioridades de investigación para la salud

Método	Estrategia	Proceso	Valores	Criterios	Países
Essential National Health Research Approach-ENHR (18-26)	<ul style="list-style-type: none"> -Primera estrategia de determinación de prioridades a nivel nacional. -Incluye participación de todos los grupos de interés. -Enfoca transparencia, presenta un abordaje transversal y multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inicia con una fase preparatoria. -Realiza un análisis de necesidades de salud y promueve trabajo conjunto entre investigadores, proveedores de salud, gobierno y comunidad. -Es más bien una guía paso a paso de establecimiento de prioridades que una herramienta para análisis de decisiones. 	Justicia y equidad social	Relevancia, factibilidad, Impacto, aplicabilidad, y consenso	<ul style="list-style-type: none"> -Sudáfrica -Tanzania -Filipinas -Irán
“Five-steps” (24-30)	<ul style="list-style-type: none"> -Estrategia diseñada para uso racional de recursos beneficiando al mayor número de proyectos con el mayor número de beneficiarios. Dirigido a mejorar transparencia. 	Cinco pasos basados en una dimensión de salud pública al relacionar la carga de enfermedad (1) con las determinantes (2). También relaciona el nivel de conocimiento existente (evidencias) (3) con las intervenciones (4). Finalmente estima costo-eficiencia de las intervenciones (5).	Transparencia	Magnitud, determinantes/factores de riesgo, evidencia, costo/eficiencia y recursos	<ul style="list-style-type: none"> -Pakistán
3D Combined approach matrix (3D-CAM) (31-33)	<ul style="list-style-type: none"> -Estrategia diseñada para ganar la mayor cantidad DALYs por la inversión, abordando metodológicamente tres dimensiones: Salud pública, institucional y equidad. 	<p>Se basa en tres pilares para formular una agenda de prioridades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Definición del proceso mismo 2) Utilización de metodologías (3D-CAM) 3) Contexto: identificación de los valores locales que influyen la toma de decisiones y el resultado final. 	Equidad y transparencia	Determinantes, equidad costo/eficiencia, DALYs, aceptabilidad y factibilidad	<ul style="list-style-type: none"> -Brasil -Argentina -Bolivia -Colombia -México

Continuación de la Tabla 1. Métodos comúnmente utilizados para la determinación de prioridades de investigación para la salud

Método	Estrategia	Proceso	Valores	Criterios	Países
“Checklist” (34, 35, 45)	Pretende ser una estrategia genérica basada en la recopilación de nueve buenas prácticas de los ejercicios previos agrupadas en tres fases: 1) la preparatoria, 2) la de toma de decisiones y 3) la post-priorización.	Basado en tres fases. 1) preparatoria: reconocimiento de factores contextuales, identificación del método, de datos técnicos, de un plan para implementación de resultados y una justa selección de participante. 2) toma de decisiones: considera la determinación de criterios. 3) fase de post-priorización: elaboración de reportes transparentes de los resultados, análisis de asignación de fondos e impacto de las prioridades correspondientes.	Amplia participación de actores. Valores definidos por los participantes según el contexto.	Magnitud del problema, Costo-eficiencia y factibilidad	No documentado
“Child Health and Nutrition Research Initiative CHNRI (10, 13, 36, 37)	Diseñado para consenso y priorización de investigación en nutrición/salud infantil por uso de algoritmos. Basado en opinión colectiva según el principio de “wisdom of crowds”.	Organizado en cinco dimensiones basadas en la posibilidad de: 1) ser respondido por la investigación; 2) generar una intervención efectiva; 3) que la intervención pueda ser llevada a cabo y ser sostenible; 4) reducir la carga de enfermedad y 5) posibilidad de reducir la inequidad.	Consenso, equidad y transparencia	Costo-eficiencia, impacto en carga de enfermedad, factibilidad	– Sur África – A nivel global – Países africanos de sub-Sahara
Hanlon (39-44)	Basado en amplia participación social de actores y en la búsqueda de consenso.	Se trata de un método cuantitativo más que un proceso de priorización: – Permite a los tomadores de decisiones la colocación explícita de los problemas. – Permite otorgar un peso específico a cada problema en una forma ordenada – Permite evaluación de problemas en forma individual. – Basado en cuatro componentes básicos: magnitud, gravedad, costo-eficiencia y factibilidad de la intervención	Transparencia y Consenso	Magnitud, gravedad, costo-eficiencia, factibilidad	– España – Cuba – Panamá

Resultados

Objetivo de la priorización.

El objetivo principal del establecimiento de prioridades de investigación para la salud, a nivel doméstico o internacional, es asegurar que la inversión sea acorde con las necesidades de salud de las poblaciones, que resulte en la mejoría de la salud y en la calidad de vida de los individuos, elemento esencial en el proceso de desarrollo de los pueblos. De acuerdo con esto, la inversión para investigación en salud no es un lujo (4), ya que genera evidencia útil para la formulación de políticas públicas de los propios Sistemas Nacionales de Salud. No obstante, la brecha 10/90, identificado en 1990 por la “Commission on Health Research for Development (CHRD)” (5) mostró que menos del 10% de los recursos mundiales para investigación fueron destinados a problemas responsables por 90% de la carga de enfermedad global, principalmente de enfermedades transmisibles y de desnutrición. A partir de esta situación los esfuerzos internacionales se han enfocado al desarrollo de estrategias y de herramientas metodológicas para permitir un mejor ordenamiento de los recursos invertidos en investigación a nivel local y global. Se estima que la inversión global actual asciende a \$130 billones de dólares por año y que aun así es insuficiente en relación a la demanda, haciéndose necesario cada vez más la práctica sistemática de priorización (6).

Desafíos de la priorización.

El establecimiento de prioridades de investigación para la salud representa uno de los mayores desafíos confrontados por los tomadores de decisiones a nivel local o internacional. Tal reto está asociado a que los procesos de priorización son diferentes dependiendo del nivel donde ocurran, ya sea nacional, regional o global. Además, estos procesos son particularmente difíciles en países menos desarrollados donde existen factores que actúan como obstáculos, tales como: recursos económicos limitados; indicadores oficiales de salud insuficientes; inequidad socioeconómica; inestabilidad política; instituciones y sistemas de salud ineficientes, entre otros (1, 4). Asimismo, una de las mayores dificultades es la falta de participación equitativa de los tomadores de decisiones y la escasez de estrategias sistemáticas disponibles para un adecuado proceso de priorización (7). Como resultado, en estos países algunas veces se resuelve el establecimiento de las prioridades mediante el antecedente histórico o el establecimiento de comités ad hoc (7). Sin embargo, estas prácticas de priorización se ven frecuentemente influenciadas por la “autonomía científica” de los investigadores generando resultados que no están de acuerdo con las realidades sanitarias a nivel local y que cuando son considerados en la escala mundial, también pueden repercutir negativamente en las decisiones de salud global (7).

A fin de mejorar las prácticas de priorización y siguiendo la recomendación de CHRD de 1990 (8), se inició una serie de eventos internacionales para establecer procesos sistemáticos que permitieran el uso racional de informaciones de salud basadas en la evidencia, además de promover una participación justa de los tomadores de decisiones (9). La mayoría de estos esfuerzos están enfocados en proveer informaciones, estrategias y metodologías, aunque no existe un método específico para ello (1). De hecho, una de las principales recomendaciones de la CHRD fue que cada país estableciera sus propias

prioridades, basadas en los problemas de salud domésticos y considerando también cuestiones de orden global (10). A su vez, la agenda global sería formulada con las informaciones generadas por cada país, resaltando de este modo la importancia de una correcta identificación de los problemas locales de salud, de los sistemas de salud y de sus políticas públicas, cuyas soluciones pudieran ser generadas por la investigación (6). Para apoyar un efectivo establecimiento de prioridades a nivel local, en 1993, fue establecido el "Council on Health Research for Development (COHRED)" basado en tres principios fundamentales: privilegiar las prioridades de los países, favorecer la equidad en salud y vincular la investigación para la salud con el desarrollo de los pueblos (11). Desde entonces, esta agencia internacional opera como una entidad no gubernamental apoyando a los países en desarrollo en la consecución de los principios fundamentales mencionados.

El proceso de priorización de investigación para la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un "proceso de priorización de investigación para la salud" es definido como un esquema para generar consenso sobre un grupo de asuntos de investigación que requiere atención urgente (12). Sin embargo, en la práctica del ejercicio hay una serie de dimensiones que interactúan en su composición ya que una "prioridad" es definida como un elemento o condición que se juzga ser más importante que otra (12). A su vez, este simple concepto conlleva un ejercicio de "juzgamiento" y el uso de "valores" que sustentan su cualidad de prioridad. Simultáneamente hay un contexto local y una serie de criterios, tales como beneficio, evidencia, costo-eficiencia, equidad, severidad, beneficio para el país u otros, que compiten entre sí para poder establecer este juzgamiento.

Finalmente, son los "actores clave" quienes actuando individualmente en representación de una sociedad pluralista toman las decisiones bajo un consenso, haciéndose necesario un marco ético que sustente la "legitimidad" del proceso de priorización (6, 13) Este grupo de "actores clave" incluye individuos de los sectores gubernamentales, donadores de fondos, investigadores, gestores, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, clínicos, prestadores de servicios de salud y académicos, entre otros. La intención de esta pluralidad es favorecer una participación equitativa de los diferentes sectores involucrados y favorecer así el debate constructivo para la resolución de conflictos entre las diferentes aéreas o intereses (13). Una estrategia explícita del proceso de priorización a utilizar es otro elemento clave que garantiza la transparencia y la legitimidad de dicho proceso (13).

Una serie de tres recomendaciones básicas han sido propuestas por Kaporiri y Martin (1, 14) para la realización de procesos de priorización independientemente del método a utilizar y del nivel de acción que puede ser local, regional o global. La primera recomendación es "aprender las actuales prácticas de priorización", ya que las mismas sirven para entender como son elaboradas las decisiones. Aquí, es necesario conocer bien los factores primordiales tales como aspectos socioeconómicos y políticos, los principales actores, los mecanismos de identificación de los criterios y valores a utilizar en la toma de decisiones, de acuerdo a su contexto. La segunda recomendación es "mejorar la legitimidad y la capacidad de las instituciones participantes" y hace referencia a la legitimidad de la autoridad moral de los

individuos o de las instituciones que ejercen autoridad en los procesos de priorización. En este caso se destaca el origen de esa autoridad ya que deben tener la capacidad de analizar la evidencia, clarificar las decisiones políticas y promover el debate. De acuerdo con estas circunstancias, el fortalecimiento de la legitimidad prevé interferencias de fuerzas externas tales como aspectos políticos o de donadores de fondos, garantizando así un ejercicio legítimo de toma de decisiones (6). El "desarrollo de procesos más justos" es la tercera recomendación y tiene como principal objetivo la realización de procesos de priorización basados en la "justicia". De hecho, "legitimidad" y "justicia" están interrelacionados, ya que el desempeño de procesos justos lleva a la legitimidad, dependiendo de los tomadores de decisiones involucrados (1, 14).

Por otro lado, Daniels y Sabin (15, 16) establecieron el proceso de "administración responsable" (del inglés "Accountability for Reasonableness-AR") a fin de evitar errores que pueden ser cometidos por autoridades legítimas. AR representa el marco ético de un proceso legítimo de priorización ya que favorece la deliberación democrática mediante cuatro condiciones basadas en teorías de la justicia: "relevancia", "publicidad", "revisión" y "refuerzo". La condición de "relevancia" se cumple si las decisiones de priorización son basadas en su importancia definida por la evidencia, reconocida por tomadores de decisiones legítimos. Por tal motivo, para el cumplimiento de esta condición, se requiere una cuidadosa selección del grupo representativo de los tomadores de decisiones quienes son responsables de una elucidación previa de valores, criterios, métodos e informaciones que guíen el proceso de priorización. La condición de "publicidad" será cumplida si las decisiones y las razones de priorización son publicadas para favorecer el debate público. Para cumplir con la condición de "revisión" deberán existir mecanismos para reevaluación de decisiones basado en nuevas evidencias. Por último, para endosar un proceso justo, el líder deberá garantizar el cumplimiento de las tres condiciones previas, cumpliendo así con la cuarta condición de "refuerzo" (1, 15). Este abordaje fue utilizado recientemente para analizar la experiencia de priorización en Panamá durante la última década y muestra la necesidad de mejorar el proceso de priorización en el país, promoviendo ejercicios más participativos, transparentes y basados en consenso (17).

Métodos de priorización.

No existe un modelo específico que guíe la construcción de una agenda de prioridades de investigación en salud, a nivel global o nacional, pero en las últimas dos décadas han sido establecidos una serie de metodologías que guían la toma de decisiones para la construcción de dichas agendas. Aquí se describen las metodologías más utilizadas para el establecimiento de prioridades a nivel nacional y se analiza los aspectos más relevantes de su aplicación según la estrategia utilizada, el proceso que de ellas deriva, el uso de criterios y valores, así como su implementación en ciertos países (Tabla 1).

"Essential National Health Research (ENHR)". Surge en 1993 como consecuencia de la brecha 10/90 (18) y es el primer método sistemático de priorización a nivel nacional para organizar y administrar objetivos de investigación. Está basado en los valores de "justicia" y "equidad social" (19) y tiene dos objetivos: 1) analizar las necesidades de salud y las expectativas de las poblaciones, responsabilizando

a los propios países por la elaboración de sus agendas nacionales de investigación y 2) contribuir a través del objetivo anterior a la construcción de la agenda global (19). En el ENHR se recomienda que el grupo de tomadores de decisiones sea formado por individuos de diferentes niveles (miembros de la comunidad tanto nacional como internacional) y sectores (científico, social, político, económico y ético). El proceso consta por una fase preparatoria que incluye: creación de liderazgo, creación de conciencia, planteamiento del establecimiento de las prioridades, identificación de los actores, análisis de situación, identificación de las áreas de investigación, el establecimiento de criterios y de su valoración (18).

El método ENHR ha sido utilizado en Sudáfrica (20), Tanzania (21), Irán (22), Filipinas (23) y varios países del continente africano. Los criterios consistentemente usados por estos países han sido el de la equidad y el del impacto económico (24). Según las experiencias de dichos países, entre las ventajas de la utilización de este método se destaca un mayor compromiso con los objetivos y con la rendición de cuentas por parte de los investigadores, de los tomadores de decisiones, de los proveedores de salud y de la comunidad (25). Aunque el método no ha sido sistemáticamente aplicado de igual forma en estos países, ha podido documentarse un avance significativo en la toma de decisiones. Sin embargo, el método es considerado más un manual paso a paso de establecimiento de prioridades, con un menor componente de herramientas para el análisis de tales decisiones (26).

"Five-steps". Actuando a través de la OMS, el "Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options" (AHC) propuso en 1996 una metodología básica para el establecimiento de prioridades teniendo como principal objetivo que la asignación de fondos pudiera corresponder al mayor número de proyectos donde hubiera un mayor número de beneficiarios, y como resultado, un mayor impacto en salud (24). Esta fue la segunda gran iniciativa proveniente de los organismos internacionales y en sí, la estrategia está dirigida a mejorar la transparencia y eficiencia en la toma de decisiones abordando tres temas: 1) establecimiento de una serie de prioridades de investigación en salud y desarrollo, 2) identificación de candidatos para la recepción de fondos y 3) cambios institucionales que pudiesen mejorar el resultado de la inversión.

Estructuralmente el método de "Five-steps" (27, 28), enfoca su estrategia desde una dimensión en la identificación de: 1) carga de enfermedad para determinar la importancia del problema (magnitud); 2) causa de la persistencia del problema (determinantes/factores de riesgo); 3) evaluación del conocimiento disponible (evidencia); 4) análisis de costo-eficiencia de las intervenciones y 5) evaluación del nivel de esfuerzo presente en recursos financieros y humanos. Este método ha sido de gran utilidad en la priorización de enfermedades tropicales en una perspectiva global del "Special Programme for Research and Training in Tropical Disease Research (TDR)" (29). Desde el punto de vista de la investigación, el método ha demostrado su eficiencia en relacionar la carga de enfermedad con las determinantes y la costo-eficiencia con el gasto económico. No obstante, Fraser (30) observa dificultades en la aplicación de este método en los casos de problemas de salud poco conocidos, de medidas de control insustentables y de factores de riesgo complejos. Estas limitaciones han sido asociadas a una necesidad de mejorar el abordaje de los aspectos contextuales (24) de este método.

“3D-Combined Approach Matrix (3D-CAM)”. Con el objetivo de encontrar instrumentos útiles para la toma de decisiones costo-eficientes y basadas en la evidencia, fue establecida la “Combined Approach Matrix (CAM)” en el 2004 (31). El punto de partida de CAM fue la metodología de “5-steps” mejorando la relación de “actores con factores”. La estrategia del método se basa en tres pilares: procesos, herramientas metodológicas y contexto. Mediante el proceso (primer pilar) se determina el foco y el nivel de análisis, la selección de los grupos de interés, la colecta y preparación de documentos, la conducción de un taller para fijar las prioridades y la disseminación de resultados. El segundo pilar, uso de herramientas metodológicas, se refiere a la implementación del mismo método 3D-CAM. El tercer pilar de contexto es abordado mediante la determinación de valores locales que finalmente tendrían un efecto en los resultados de la priorización (creencias locales, prácticas populares, aspectos políticos, etc.) (32).

Este método permite clasificar, ordenar y presentar un gran volumen de informaciones incorporando las "dimensiones de la salud pública" en un eje y las "dimensiones institucionales" en otro. Las "dimensiones de salud pública" son: 1) la "magnitud" que mide la carga de enfermedad en DALYs (Disability Adjusted Life Years); 2) los "determinantes" responsable por la persistencia de la carga de enfermedad; 3) el "conocimiento" disponible para resolver el problema de salud; 4) la "costo-eficiencia" de las medidas existentes para disminuir la carga de enfermedad y 5) los "recursos" disponibles para resolver los problemas de las enfermedades y de los determinantes. Las "dimensiones institucionales" están relacionadas a una revisión de aspectos que pudieran ser modificados para mejorar la salud, actuando sobre: 1) individuos y comunidades; 2) Ministerio de la Salud u otras instituciones de salud y 3) otros sectores de políticas macroeconómicas. Posteriormente fue incorporada la tercera dimensión de “equidad”, la cual incluye los criterios de género y pobreza (31), constituyendo con ello un método tridimensional (3D-CAM).

El método mencionado ha sido ampliamente difundido y utilizado por los tomadores de decisiones en diferentes países, incluyendo algunos de América Latina, como Brasil, Argentina, Bolivia, Colombia y México entre otros (33). No obstante, Ranson y Bennet (32) advierten que el método de la 3D-CAM no sirve bien para los objetivos de investigación en sistemas de salud, ya que el método falla en la identificación de problemas transversales propios de estos sistemas, debido a que su estrategia está guiada principalmente por la carga de enfermedad. En este caso, las prioridades de investigación terminan siendo fragmentadas de acuerdo a las enfermedades, por lo que se requieren de otras estrategias alternativas para investigación en sistemas de salud. La 3D-CAM se concentra en el método más que en el proceso mismo de la priorización (27).

“*Checklist*”. En el 2010, Viergever y cols (34) propusieron una estrategia de priorización basada en una lista ("checklist") de nueve pasos que fue generada para garantizar las buenas prácticas de priorización, independientemente del método seleccionado. Esta lista fue originada a partir de una amplia revisión de los métodos previamente descritos agrupando los puntos comunes en tres categorías o fases: a) la

preparatoria, b) la de toma de decisiones y c) la post-priorización. El método ayuda a coleccionar la evidencia que necesita ser revisada dentro de un cierto contexto, antes, durante y posterior al ejercicio de priorización.

La primera fase del “Checklist” (fase preparatoria) incluye: 1) el reconocimiento de los "factores contextuales" tales como la disponibilidad de recursos, el foco del ejercicio, los valores a considerar y la situación política y ambiental de un país; 2) uso de un “abordaje comprensivo” que consiste en el planteamiento de cual estrategia o método será utilizado o si es necesario el desarrollo de uno propio, pero de cualquier manera realizando una descripción detallada paso a paso del proceso a seguir; 3) “Inclusividad” que considera quien y porque esta persona ha sido seleccionada para participar, una adecuada representatividad de sectores y regiones, un balance en relación al género de los participantes y a las áreas de experiencia de los participantes; 4) una adecuada "selección de datos técnicos" a ser utilizados incluyendo una valoración amplia de la visión de los stakeholders y la revisión de ejercicios previos de priorización o de la experiencia de otras regiones geográficas; 5) la “planificación para implementación” consiste en establecer los planes para la transformación de la actual priorización a su implementación incluyendo políticas públicas y financiamiento. Considera además quienes implementarán dicha política y cuál será el mecanismo (34).

La segunda fase (fase de la priorización) consiste en la toma de decisiones y considera: 6) la "determinación de los criterios" a ser aplicados durante la priorización, tales como la magnitud del problema, la costo-eficiencia de las intervenciones y la factibilidad de las medidas a programar, aspectos éticos y el uso de consenso entre otros; 7) la selección “método” que será empleado para la toma de decisiones, ya sea basado en el amplio consenso o no. La tercera fase (fase de post-priorización) corresponde a dos factores: 8) “evaluación” y 9) “transparencia”. La “evaluación” considera una descripción de cómo y cuándo las prioridades son nuevamente evaluadas para su actualización y/o pasan por revisiones periódicas a fin de mantener un proceso dinámico de definición de prioridades. Por su parte, la “transparencia” consiste en la descripción explícita del proceso de priorización, del mecanismos de discusión, de sus resultados, de los participantes y de cómo exactamente las prioridades fueron definidas. La estrategia del “Checklist” es de reciente descripción y la aplicación de su razonamiento para el establecimiento de procesos de priorización en forma transparente está siendo reconocida en la discusión de ciertos procesos de priorización (35).

“*Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)*”. El CHNRI fue establecido durante los años 2005 a 2007 por un grupo transdisciplinario e internacional promovido por el Global Forum for Health Research (actualmente fusionado con la COHRED) con el objetivo de apoyar la toma de decisiones, el desarrollo de consenso y la priorización de la inversión para investigación en nutrición y salud infantil (36). Recientemente, este método ha sido propuesto por Rudan (10) como de gran utilidad en países de media y baja renta ya que se ha probado su eficiencia para garantizar procesos de priorización transparentes, sistemáticos, justos y legítimos en diversas áreas de salud. Para ello, cada tema a ser priorizado es analizado mediante una serie de criterios agrupados en cinco dimensiones: 1) posibilidad de ser respondido por la investigación; 2) posibilidad de generar una intervención efectiva;

3) posibilidad de que esta intervención pueda ser llevada a cabo y ser sostenible; 4) potencial máximo de la intervención para reducir la carga de enfermedad y 5) posibilidad de reducir la inequidad. En este método, un gran número de participantes son invitados a contribuir con sus ideas, generando una larga lista de temas a ser priorizados. Una vez agrupados en temas comunes, la lista es consolidada utilizando el método de “análisis de componentes principales” que permite reducir la dimensión de un grupo de datos (13).

Posteriormente, la nueva lista es evaluada vía internet por un grupo minoritario de tomadores de decisiones, usando una escala de 0-100. Como siguiente paso, un gran número de individuos de la comunidad en general otorga un peso específico a cada una de las cinco dimensiones, para originar nuevos valores. Finalmente estos valores son sumados a los originados por las cinco dimensiones y luego jerarquizados de mayor a menor valor. La práctica de este método permite recopilar la opinión colectiva de un grupo de individuos según el principio de “wisdom of crowds”, el cual infiere que la opinión de un gran grupo de individuos está más cerca de la verdad que el de un simple experto. Aun así, se considera que este método no está exento de sesgo tomando en cuenta que la opinión de un pequeño grupo de individuos predominó durante el proceso de reducción del tamaño de la lista con base en la cual fue realizado el ejercicio de priorización (36). El método ha sido utilizado ampliamente en países africanos del sur del Sahara (37).

“*Basic Priority Rating System*” (*método de Hanlon*). Este método, establecido en 1973 (38), es utilizado en los procesos iniciales de priorización para jerarquizar los problemas desde una visión general de la salud pública y se caracteriza por una amplia participación social de actores. Considerado un método objetivo porque toma en consideración la definición explícita de los criterios a utilizar y la factibilidad de los resultados (39). El método está basado en 4 componentes básicos: magnitud (A), gravedad (B), costo-eficiencia (C) y factibilidad de la intervención (D), los cuales son aplicados sobre una lista pre-determinada de problemas de salud que ya ha sido previamente identificada. Posteriormente, un valor (según una escala determinada) es otorgado por el participante a cada uno de los componentes de la fórmula y por cada uno de los problemas. Estos valores son posteriormente colocados en una matriz de cálculo. Consecutivamente, un cálculo es obtenido por la ecuación: $\text{prioridad} = (A + B) \times C \times D$ para obtener un valor final cuantitativo que permite el ordenamiento del problema por orden prioritario. Para el componente D o factibilidad de la intervención, en el método se propone un grupo de factores que determinan si este puede ser aplicado y que se resume en las siglas PEARL, donde P es pertinencia, “E” es factibilidad económica, “A” es aceptabilidad, “R” es disponibilidad de recursos y “L” es legalidad. El resultado al final está muy influenciado por el criterio de la factibilidad (40).

En la práctica, el método de Hanlon ha sido ampliamente aceptado por su fácil aplicación y comprensión por la población y es muy utilizado en países como España (41) y Cuba (42). Ha sido utilizado también con algunas adaptaciones en Nicaragua (43) y fue el método utilizado en Panamá en el 2007 (44). Igualmente es de amplia aplicación en toma de decisiones a nivel estatal en los EUA (40). Sin

embargo, entre las debilidades identificadas se encuentra que la estrategia del método de Hanlon resulta en el menor valor otorgado para aquellos problemas cuya solución requiera una mayor asignación de recursos (factibilidad) o donde asuntos políticos puedan ser problemáticos (40).

Análisis

Los métodos aquí descritos demuestran ser el resultado de un proceso evolutivo en un intento de superación de sus propias limitaciones. Es importante mencionar que existe una distinción entre herramienta metodológica y un proceso de priorización. En el primero de los casos, la herramienta metodológica permite la captación y el manejo de una serie de datos e informaciones que ayudarán a la toma de decisiones y de asignación de recursos donde sean más necesarios. Todo ello, con base en la identificación de brechas existentes entre necesidades sanitarias y la investigación para la salud. Aquí interviene en buena medida la subjetividad del evaluador, por lo que se hace necesaria una definición y discusión explícita de los criterios a evaluar. Por otro lado, un proceso de priorización es la actividad que implica la objetividad para garantizar que las prioridades definidas estén de acuerdo con las necesidades locales e implica una gran participación de tomadores de decisiones y el establecimiento de valores (34). La importancia de comprender esta distinción entre herramientas metodológicas y procesos de priorización es que se influyen uno al otro, y por lo tanto, también influyen el resultado de un ejercicio de priorización. Ambos elementos, métodos y procesos, están presentes en las metodologías aquí descritas pero difieren en el grado de énfasis de dichos elementos. Por ejemplo, el método ENHR enfatiza el proceso y presenta una menor guía metodológica de manejo de informaciones, en contraste con los métodos de “Five-steps” y 3D-CAM que están más orientados a las guías metodológicas que a los procesos propios de la priorización. De forma similar, el método de Hanlon se orienta más a ser un método cuantitativo que una guía de proceso de priorización. Este método fue utilizado previamente en Panamá para establecer la agenda de prioridades de investigación para la salud dentro del Plan Estratégico de Investigación innovación (PENCIYT) 2004-2010, más dicha agenda no llegó a ser implementada. Este ejercicio de priorización fue realizado en colaboración con la COHRED y aunque se basó en un amplio consenso de grupo, no logró una participación equitativa y representativa de las principales instituciones de salud del país, como se revisó recientemente por el autor (44).

Por su parte, la guía estratégica del “Checklist” ha sido recientemente utilizado para analizar la práctica de priorización en 18 países de América Latina (incluyendo Panamá) indicando una necesidad de mejorar tales prácticas, específicamente en lo relacionado a la descripción del alcance de la priorización, al tipo de información utilizada y al impacto post-priorización. Este último punto, especifica la necesidad de desarrollar planes para mejorar la alineación entre investigación con las necesidades en salud pública (45). Tomando en cuenta que el “Checklist” es básicamente una estrategia genérica de buenas prácticas con combinación de ambos elementos (metodológicos y de procesos), representa una alternativa metodológica para guiar un nuevo proceso de priorización en Panamá a fin de poder superar la tradicional práctica basada en comités ad hoc y dar paso a prácticas participativas y consensuadas que permitan una mejor alineación de las decisiones con las realidades sanitarias de la población panameña.

Igualmente, un proceso guiado de manera sistemática permitirá mejorar la transparencia del proceso, favorecerá la participación y el empoderamiento de los múltiples actores involucrados en el área de salud, permitirá un mejor seguimiento de su implementación, contribuyendo con ello a la construcción de una política nacional de investigación para la salud.

Referencias

1. Kapiriri L, Martin DK. A strategy to improve priority setting in developing countries. *Health Care Anal* 2007; 15:159-167.
2. Ministerio de Salud. Indicadores de salud básicos, 2014. Hallado en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/ind_basicos_pma_2014.pdf. Acceso el 30 de octubre de 2014.
3. Romero LI and Quental C. The Panamanian Health Research System: a Baseline Analysis for the Construction of a New Phase. *Health Research Policy and Systems* 2013,11:33
4. Younghong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies. *Trop Med Int Health (Review)* 2009;14:930-939.
5. The Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 1999. Hallado en http://mercury.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/20437/ipublicationdocument_singledocument/ad4f7357-e79b-47ee-9901-b6881e03ced5/en/1090.99_FullText.pdf Acceso el 17 de noviembre de 2014.
6. Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. **Health Res Policy Syst** 2011; (9)19: 1-7.
7. COHRED. Priority setting for health research: Lessons from developing Countries. *Health Policy Plan* 2000; 15(2):130–6
8. COHRED. Health research essential link to equity in development 1990. Hallado en:
9. http://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf Acceso el 17 de noviembre de 2014.
10. Nuyens I. Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. **Bull World Health Organ** 2007; 85(4):319-21.
11. Rudan I, Gibson J, Kapiriri L, lansang MA, Hyder AA, Lawn J. *et al.* Setting priorities in global child health research investments: Assessment of principles and practice. *Croat Med J* 2007; 48:595-604.
12. Neufeld V, Dlamini QQ, Tan-torres T, Pruzanski M. The next step: An interim assessment of ENHR and COHRED. Hallado en: www.cohred.org/downloads/585.pdf Acceso el 14 de enero de 2013.
13. World Health Organization: Priority Setting for Health Policy and Systems Research. Geneva, 2009. Hallado en http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/AllianceHPSR_Brief_Note3_ENG.pdf Acceso el 14 de enero de 2013.

14. Rudan I. Global health research priorities: mobilizing the developing world. *Public Health* 2012; 126(3):237-40.
15. Kapiriri L, Martin DK. Successful priority setting in low and middle income countries: A framework for evaluation. *Health Care Anal* 2010; 18(2):129-147.
16. Singer PA. Recent advances in medical ethics. *Br Med J* 2000; 321:282-5.
17. Daniels N, Sabin J: Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs* 1997, 26:303-350.
18. Romero LI, Quental C. Research for better health: the Panamanian priority-setting experience and the need for a new process. *Health Research Policy and Systems* 2014, 12:38.
19. Okello D, Chongtrakul P, the COHRED Working Group on Priority Setting. A manual for research priority setting using the ENHR strategy. COHRED 2002.
20. Commission on Health Research for Development. *Health Research: essential link to equity in development*. Oxford: Oxford University Press; 1990.
21. Department of Health. *Health research policy in South Africa*. South Africa 2001. Hallado en: http://www.gov.za/sites/www.gov.za/files/healthresearch_0.pdf Acceso el 14 de enero de 2013.
22. National Institute for Medical Research. *Tanzania Health Research Priorities, 2006-2010*. 2006 Dar es Salaam, Tanzania. Hallado en: <http://www.healthresearchweb.org/files/Tanzania%20National%20Health%20Research%20Priorities%202006-2010.pdf> Acceso el 20 de mayo de 2013.
23. Owlia P, Eftekhari MB, Forouzan AS, Bahreini F, Farahani M, Ghanei , M. Health research priority setting in Iran: Introduction to a bottom up approach. *J Res Med Sci*. 2011 May; 16(5): 691–698.
24. Commission on Health Research for Development. *Essential National Health Research in the Philippines: The First Five Years (1991-1996)*. Hallado en: <http://www.cohred.org/downloads/514.pdf> Acceso el 20 de mayo de 2013.
25. De Francisco A. Progress in priority-setting methodologies; chapter 4. In *10/90 Report on health research 2001-2002*. Global Forum for Health Research 2002.
26. The Working Group of Priority Setting-COHRED. Priority setting for health research: Lessons from developing countries. *Health Policy Plan* 2000; 15(2):130-136.
27. The Collaborative Training Programme, *Health research for policy, action and practice*. Resource modules. Geneva, CTP, Version 2, 2004.
28. Morel C. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciêñ Saúde Coletiva* 2004; 9(2):261-70.
29. Ad hoc committee on health research relating to future intervention options. Summary of investing in health research and development. WHO, Geneva, 1996 (Document TDR/Gen/96.2). Hallado en: <http://www.who.int/tdr/publications/tdr-research-publications/investing-in-health/en/> Acceso el 17 de noviembre de 2014.

30. Remme JHF, Blas E, Chitsulo L, Desjeux PMP, Engers HD, Kanyok TP, *et al.* **Strategic emphases for tropical diseases research: a TDR perspective.** *Trends Parasitol* 2002, **18**:421-426.
31. Fraser DW. Overlooked opportunities for investing in health research and development. *Bull World Health Organ* 2000;78(8):1054-61.
32. Ghaffar A, Téa C, Stephen MA, Sylvie O. The 3D combined approach matrix: An improved tool for setting priorities in research for health, 2009. Hallado en: http://mercury.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/111447/ipublicationdocument_singledocument/02c902bf-9b02-4489-b3e3-f78316290744/en/2009_The-3D-Combined-Approach-Matrix.pdf. Acceso el 17 de noviembre de 2014
33. Ranson MK, Bennett SC. Priority setting and health policy and systems research. *Health Res Policy Syst* 2009; (7)27:1-7.
34. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG, *et al.* Rio de Janeiro, Brasil. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina. *Rev Panama Salud Pública* 2009. 26(5):447-457.
35. Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and System* 2010; 8:36.
36. Balabanova Y, Gilsdorf A, Buda S, Burger R, Eckmanns T, *et al.* Communicable Diseases Prioritized for Surveillance and Epidemiological Research: Results of a Standardized Prioritization Procedure in Germany, 2011. *PLoS ONE* 6(10): e25691. doi:10.1371/journal.pone.0025691
37. Rudan I, Arifeen SE, Black RE, Tomlinson M, Chopra M, *et al.* A New Approach for Systematic Priority Setting In Child Health Research Investment. *Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)* 2006.
38. Rudan I, Kapiriri L, Tomlinson M, Balliet M, Cohen B, Chopra M. Evidence-based priority setting for health care and research: Tools to support policy in maternal, neonatal and child health in Africa. *Plos Medicine* 2010; 7:7.
39. Issel LM. Health program planning and evaluation: a practical, systematic approach for community health. Jones & Bartlett editors 2009.
40. Vilnius D, Dandoy S. A priority rating system for public health programs. *Public Health Rep* 1990. 105 (5): 463-470.
41. Center for Disease Control. Assessment Protocol for Excellence in Public Health (APEXPH). Workbook Prioritization 2007. B19-B 35. Hallado en: <http://www.cdc.gov/nphpsp/documents/Prioritization%20section%20from%20APEXPH%20in%20Practice.pdf> Acceso el 14 de enero de 2013.
42. Sánchez MFI, Abellán PJM, Martínez PJE. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):126-36.
43. Alvarez CMS, Morano LJA, Quiñones RI, Cabrera CN, Artilles VL, Alvarez MS, *et al.* Implementación de las prioridades nacionales de investigación ara la salud en Cuba. Memorias Convención

- Internacional de Salud Pública. Cuba 2012 Hallado en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/1840/629> Acceso el 14 de enero de 2013.
44. Corriols M. Taller de difusión de información de ENDESA, evaluación del sistema de información en salud y análisis de situación de salud (ASIS). Ministerio de Salud de Nicaragua 2007.
 45. SENACYT. Memoria final del taller intersectorial e interinstitucional sobre políticas y prioridades de investigación en salud, Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología, Panamá. Hallado en: https://healthresearchweb.org/files/MEMORIA_FINAL_TALLER%20DE_POLITI-CAS_FEBRERO%2028.pdf Acceso el 10 de mayo de 2013.
 46. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002–2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):1–13.