

X Foro Latinoamericano en Evaluación de Políticas Sanitarias de HTAi 2025

“Incorporando la Equidad en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en América Latina: Desafíos y Oportunidades”

Ciudad de México, México, Agosto 2025

Este documento fue preparado por Andrea Alcaraz, Fernando Argento, Valentina Stacco, Sebastián García Martí, Federico Augustovski y Andrés Pichón Riviere del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) - Argentina. Agradecimientos a Manuel Espinoza, Presidente del Foro Latinoamericano de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de HTAi 2025 y a los miembros del Comité Organizador: Graciela Fernández (Fondo Nacional de Recursos, Uruguay), Alicia Granados (Sanofi), Eva María Ruiz de Castilla (Latin American Patient Academy), Diego Guarín (MSD), Felipe Vera (Ministerio de Salud de Chile), Adriana María Robayo (Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Colombia).

Presentación general del Foro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2025

Este documento se centra en la **incorporación de la equidad en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)**; una perspectiva que atraviesa el proceso general de evaluación y busca **orientar las decisiones sanitarias hacia sistemas más justos y sensibles a las desigualdades**. Como sugiere su enfoque, la equidad debe considerarse de forma transversal en **todas las etapas del ciclo de vida de una tecnología sanitaria**, con el objetivo de **visibilizar impactos diferenciales, reducir brechas injustas y promover un acceso más equitativo a los beneficios de la innovación**.

Incorporar la equidad en la ETESA implica **identificar sistemáticamente las desigualdades evitables en salud, analizar sus determinantes estructurales y evaluar cómo las decisiones tecnológicas pueden contribuir a ampliarlas o reducirlas**. Esto requiere **integrar nuevas dimensiones de análisis** en las evaluaciones —como el **impacto distributivo, la equidad geográfica, de género, socioeconómica o étnica**—, así como **adaptar metodologías existentes para captar estos efectos**.

Con el fin de **explorar la viabilidad de estas prácticas y facilitar su adopción en América Latina**, es necesario **revisar experiencias internacionales, examinar marcos conceptuales y metodológicos disponibles, y relevar experiencias locales emergentes** que ya hayan incorporado el enfoque de equidad de manera explícita.

Aun así, las **diferencias de criterio en la definición, medición y aplicación de la equidad** pueden demandar **conversaciones adicionales en su planificación e implementación**. Estos debates involucran **valores, criterios normativos, capacidades institucionales, y la voluntad política de priorizar a poblaciones en situación de vulnerabilidad**, particularmente en **países de ingresos bajos y medianos (PIBM)** y en la **región latinoamericana**.

Equidad en salud

Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. En el contexto de ETESA, implica considerar cómo las decisiones pueden afectar diferencialmente a diversos grupos y contribuir a reducir o perpetuar desigualdades.

Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)

Proceso sistemático que analiza las propiedades, efectos y/o impactos de las tecnologías sanitarias con el fin de informar decisiones en políticas de salud. Incluye evaluaciones clínicas, económicas, sociales, éticas y organizacionales.

Determinantes sociales de la salud

Factores sociales, económicos y ambientales que influyen sobre el estado de salud de las personas y poblaciones, tales como educación, ingresos, condiciones de vivienda, acceso a servicios, discriminación estructural y género.

Impacto distributivo

Análisis de cómo una política, intervención o tecnología afecta de forma desigual a distintos grupos poblacionales. Su consideración en ETESA permite identificar efectos regresivos o progresivos sobre la equidad.

Grupos en situación de vulnerabilidad

Personas o colectivos que enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de salud de calidad o condiciones de vida saludables, como consecuencia de desigualdades estructurales. Puede incluir poblaciones rurales, personas con discapacidad, comunidades indígenas, mujeres, migrantes, entre otros.

Género

Construcción social de roles, relaciones y expectativas atribuidas a personas en función de su sexo o de su identidad de género (en países donde se reconoce la identidad de género). Su incorporación en ETESA permite analizar desigualdades en acceso, uso y efectos de tecnologías sanitarias.

Enfoque interseccional

Marco analítico que reconoce cómo múltiples dimensiones de desigualdad (como género, etnia, clase, discapacidad) se entrecruzan y producen efectos combinados sobre la salud y el acceso a tecnologías.

Justicia distributiva

Principio ético que orienta la asignación de recursos y beneficios de forma equitativa entre los distintos miembros de una sociedad. En ETESA, aporta criterios normativos para incorporar consideraciones de equidad.

Medición de la equidad

Conjunto de métodos y herramientas que permiten evaluar desigualdades en salud y sus determinantes. Incluye análisis desagregados, índices de inequidad, curvas de concentración, y estudios de impacto distributivo.

Priorización**explícita**

Proceso mediante el cual se definen de manera transparente y argumentada los criterios y tecnologías que serán evaluadas o financiadas, teniendo en cuenta dimensiones como la carga de enfermedad, efectividad, costo-efectividad y equidad.

Desde el año **2003**, los foros organizados por **HTAi** reúnen expertos internacionales, impulsando el **diálogo entre miembros del sector público y privado**, generando **avances políticos y científicos** en el plano de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) mediante **intercambios genuinos y de calidad**. A través de sus foros, HTAi promueve **espacios neutrales para discusiones estratégicas** que analizan el desarrollo y el estado actual de la ETESA y sus implicancias para el sistema de salud, la industria, los usuarios finales y otros actores involucrados. Por eso, estos encuentros reúnen representantes de **tres sectores principales**:

- **actores involucrados en la toma de decisiones** en relación a la cobertura, el reembolso y los precios de medicamentos y dispositivos utilizados en el sistema de salud;
- **organizaciones** que apoyan esas y otras decisiones mediante la realización de ETESA;
- **empresas biomédicas** que producen tecnologías.

El **Foro global de políticas en ETESA**, el más trascendental, se enfoca en **Europa y Estados Unidos** y lleva **21 años funcionando**. Por su parte, el **Foro de Asia** lleva **11 años celebrándose**. En el año **2016**, esta iniciativa fue impulsada en **América Latina**. Participa en la planificación del evento, en el desarrollo de la agenda y en otras decisiones logísticas un **Comité Organizador**, compuesto por el Presidente del Foro y un grupo de representantes de las instituciones participantes equilibrado —**tres del sector público o de entidades sin fines de lucro y tres del sector industrial**. El **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina (IECS – www.iecs.org.ar)** desempeña el papel de **Secretaría Científica**.

El primer Foro Latinoamericano de Políticas en Evaluación de Tecnologías Sanitarias tuvo lugar en **Costa Rica en 2016**, donde se discutieron los **principios y las buenas prácticas** en la aplicación de la ETESA a la toma de decisiones en la región. Durante el encuentro se destacó la importancia de garantizar la **transparencia** en los procesos de ETESA y en la **comunicación de los resultados**, el **involucramiento de los actores interesados**, la existencia de **mecanismos de apelación**, la definición de **criterios claros para establecer prioridades**, y el fortalecimiento del **vínculo entre la ETESA y la toma de decisiones**.

El segundo Foro Latinoamericano de HTAi fue en **2017** y se llevó a cabo en **Lima**, siendo su tema central la **participación de todas las partes involucradas** ([Pichon-Riviere et al. 2018](#)) en el proceso de ETESA. En **2018**, el Foro tuvo lugar en **Montevideo**, donde se discutieron los **marcos de valor** de ETESA ([Pichon-Riviere et al. 2019](#)). En **2019**, el Foro se trasladó a **Buenos Aires**, centrándose en la **relación entre ETESA y la toma de decisiones** ([Pichon-Riviere et al. 2020](#)). Dadas las características del contexto, durante la **pandemia de COVID-19**, el Foro debió realizarse en forma remota; en **2020** se examinaron los **mecanismos utilizados por las agencias de ETESA para priorizar** los temas de evaluación ([Pichon-Riviere et al. 2021](#)), mientras que en **2021** se discutió el **papel de los procesos deliberativos** en ETESA ([Alcaraz et al. 2022](#)). En **2022**, el Foro volvió a un formato presencial y se llevó a cabo en **Brasilia**, con foco en el **uso de evidencia del mundo real** en el proceso de ETESA ([García et al. 2023](#)). En **2023**, el Foro tuvo lugar en **Santiago de Chile**, con foco en los **acuerdos de riesgo compartido** ([García et al. 2023](#)), y en **2024**, el encuentro se desarrolló en **Cartagena, Colombia**, centrado en el **Escaneo del Horizonte y el Diálogo Temprano** ([García Martí et al. 2025](#)).

El Foro de este año se llevará a cabo en **Ciudad de México, México**, y, como cada año, la elección del tema comenzó en el evento del año anterior. Se elaboró una lista basada en **sugerencias de los miembros del Foro**, que fue **sometida a votación durante el cierre del evento**. Los temas priorizados fueron enviados al **Comité Organizador** para comentarios y sugerencias. Tras ese **proceso deliberativo**, el tema seleccionado para el **Foro Latinoamericano de Políticas en ETESA 2025** fue: **"Incorporando la equidad en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias: criterios, metodologías y experiencias para una toma de decisiones más justa."**

En sintonía con el tópico, los **ejes y objetivos** que encuadran el debate del **X Foro Latinoamericano de HTAi** son:

- **Analizar cómo la equidad puede integrarse de manera explícita y sistemática** en los procesos de ETESA.
- **Discutir criterios éticos, técnicos y políticos** para la incorporación del enfoque de equidad en marcos institucionales de evaluación.
- **Identificar experiencias nacionales e internacionales** que hayan incorporado la equidad en la priorización, evaluación o toma de decisiones.
- **Facilitar el intercambio entre actores clave** para identificar oportunidades, barreras y pasos concretos para avanzar en este enfoque en la región.

Documento de antecedentes 2025

En cada edición del **Foro Latinoamericano de Políticas en Evaluación de Tecnologías Sanitarias de HTAi**, el objetivo de este documento de antecedentes es **resumir información clave** que sirva como **punto de partida para las discusiones** y los intercambios que tendrán lugar durante el encuentro. El material fue diseñado con el propósito de **mejorar su circulación** y permitir una **difusión ágil en distintos soportes**, fomentando así la comprensión y el involucramiento de las **partes interesadas y asistentes**, y ofreciendo una **perspectiva integral** sobre la temática seleccionada para esta edición.

Para asegurar la **accesibilidad** y familiaridad con los antecedentes relacionados con la **incorporación de la equidad en los procesos de ETESA**, se ponen a disposición distintos formatos, con el objetivo de facilitar el involucramiento previo al evento:

- **Documento escrito:** compila conceptos clave sobre equidad en salud, revisa definiciones relevantes en el campo de la ETESA y analiza experiencias internacionales de incorporación de criterios de equidad en la evaluación y toma de decisiones.
- **Video:** exposición a cargo de referentes que han impulsado la integración de la equidad en agencias de ETESA, compartiendo aprendizajes, desafíos y recomendaciones para su aplicación en contextos diversos.

- **Podcast:** entrevista a referentes que han impulsado la equidad en ETESA que discuten enfoques metodológicos, dilemas éticos y estrategias de priorización vinculadas a la equidad en la evaluación de tecnologías sanitarias.

INCORPORANDO LA EQUIDAD EN LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN AMÉRICA LATINA: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

INTRODUCCIÓN

Antes de imaginar formas posibles de **incorporar o fortalecer la equidad desde el campo de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)**, resulta necesario **explicitar una definición** que permita su comprensión y aplicación operativa.

La equidad es definida como **la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables** en el **estado de salud entre distintos grupos** sociales, económicos, geográficos o demográficos (ICER, 2023). Su alcance no se limita al estado de **salud como desenlace de interés**, sino que también involucra el **acceso** a los servicios, el **financiamiento y el uso efectivo** del sistema de salud. Así, **mejorar el acceso** a una tecnología sin atender a la calidad de la atención o a las condiciones de la persona que accede **puede no contribuir a un sistema más equitativo**. [4]

El reconocimiento creciente a la equidad como **principio orientador** de las decisiones de política sanitaria coincide y la vez es reforzado por evidencia que demuestra que las sociedades que logran **reducir las brechas entre grupos sociales** tienden a alcanzar **mejores niveles de bienestar general** [5,6]). De cualquier manera, **evaluar los efectos de una intervención en términos de equidad** en el sistema de salud **no es una tarea sencilla**. A diferencia de otras dimensiones habitualmente consideradas en los procesos de toma de decisiones —como la seguridad o la eficacia clínica—, el impacto sobre la equidad es un área de vacancia en la literatura existente. A esa limitación en la disponibilidad y calidad de la información, se suma la dificultad de extrapolar análisis generados en otros países. Como causa y consecuencia de ello, **los métodos y consensos se encuentran aún en incipiente desarrollo o estadio**.

A pesar de las dificultades, existe amplio consenso en que incorporar el principio de equidad en las decisiones sobre políticas sanitarias implica avanzar hacia sistemas de salud más justos, **donde los recursos se asignen considerando las desigualdades existentes y se maximice el bienestar poblacional bajo criterios de justicia distributiva** [7]. **En América Latina**, una región caracterizada por profundas desigualdades estructurales, históricas y persistentes, el desafío de integrar la equidad en la ETESA **adquiere particular relevancia**. [8]

Esto acelera la **necesidad** de construir una **estrategia** que permita **informar juicios sobre equidad**, y avanzar en acuerdos respecto a las mejoras que se buscan. Es decir, **en torno a sus dominios** (acceso, utilización de servicios, salud) y consideraciones distribucionales (nivel socioeconómico, residencia geográfica, etc). Con los datos disponibles, continúa siendo un desafío **estimar los saldos de equidad** de las intervenciones.

El interés por avanzar hacia evaluaciones más sensibles a las inequidades no es nuevo. Desde hace tiempo, se debate la **relación entre eficiencia y equidad** en los procesos de ETESA. Algunos marcos las presentan como objetivos en tensión —por ejemplo, cuando priorizar a poblaciones vulnerables implica una menor ganancia agregada de salud—, mientras que **otros**

sostienen que ambos fines pueden alcanzarse con estrategias bien diseñadas [9]. En 2018, el Foro Latinoamericano de Políticas en ETESA de HTAi, con representantes de 12 países, coincidió en que el impacto en la equidad debía considerarse un criterio prioritario en los marcos de valor regionales [8].

Con el objetivo de contribuir a la incorporación integral y transversal de una perspectiva de equidad en todas las etapas de evaluación y decisión sanitaria, el **presente documento** analiza los **desafíos** y las **oportunidades existentes** en los procesos de ETESA en América Latina. Comienza repasando las posibles **ventajas** de este enfoque en la toma de decisiones sanitarias y describe las **metodologías disponibles** para luego incorporar esta dimensión en los procesos de ETESA; anticipa **barreras y facilitadores**, y enumera **experiencias de resonancia** a nivel internacional.

POTENCIALES BENEFICIOS DE INCLUIR EQUIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD

2.a Distintos tipos de acceso al sistema de salud y su impacto en la equidad

El primer paso para avanzar hacia un análisis sistemático de la equidad en salud es **precisar el objeto de análisis**. La definición más habitual se centra en la **distribución de los resultados de salud** entre distintos grupos poblacionales, aunque también puede focalizarse en el **acceso a los servicios**, lo que requiere considerar dimensiones como la **disponibilidad**, la **utilización efectiva** o la **cobertura alcanzada** (Tanahashi, 1978; Levesque et al., 2013).[10] Desde la perspectiva del sistema de salud, también es relevante la **distribución del financiamiento**, en especial la carga que recae sobre los hogares a través del **gasto de bolsillo** o el **riesgo de empobrecimiento** por eventos catastróficos. Aunque este eje excede el foco habitual de la ETESA, cobra importancia cuando se incorpora el componente de **valor social** en la toma de decisiones basadas en evidencia.[10,11]

Un segundo componente clave se refiere a los **determinantes de la inequidad**. Las inequidades en salud se originan en los **Determinantes Sociales de la Salud (DSS)**, es decir, “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local [12]. Factores como el **nivel socioeconómico**, el **género**, la **residencia**, la **pertenencia étnico-racial** o a grupos históricamente marginados configuran **atributos de equidad** distintos, cuya medición debe realizarse de forma específica. Esto presenta un **desafío metodológico** para los sistemas de evaluación, ya que los efectos de una tecnología en términos de **equidad socioeconómica** pueden no replicarse en términos de **equidad geográfica** o de **género**, e incluso generar tensiones entre atributos. Por ejemplo, una intervención que reduzca brechas socioeconómicas podría amplificar desigualdades territoriales.

En ese sentido, una herramienta conceptual útil para analizar **dónde se generan las inequidades** en el recorrido del paciente es la denominada **"escalera de impacto en inequidades"** (*inequality impact staircase*). Este enfoque desagrega el trayecto en etapas sucesivas —como **prevalencia, diagnóstico, inicio de tratamiento, adherencia y efectividad**—

y permite identificar en qué punto se concentran las desigualdades. Aplicarla facilita diseñar **intervenciones focalizadas** que optimicen su efecto distributivo. [13]

Medir la equidad implica visibilizar desigualdades estructurales y generar evidencia que oriente el diseño de políticas sanitarias. Para ello, se emplean indicadores como la **esperanza de vida**, la **mortalidad infantil** o la **cobertura efectiva**, estratificados por variables como **nivel educativo**, **ingresos**, **zona de residencia**, **grupo étnico** o **género**. [14]

La **cobertura universal en salud** es un objetivo prioritario a nivel global y consiste en que todas las personas tengan acceso oportuno, apropiado y de calidad a los servicios que necesitan sin sufrir penurias económicas [15]. Esta definición se apoya en tres dimensiones clave: **alcance poblacional**, **uso de servicios costo-efectivos** y **protección financiera** frente a gastos catastróficos.

Sin embargo, el **acceso inadecuado a los servicios de salud** genera múltiples formas de **inequidad** que se manifiestan en distintas etapas del proceso de atención. El marco de **Tanahashi** [16] identifica cinco dimensiones clave donde pueden surgir **barreras estructurales y sociales** que afectan de forma diferencial a diversos grupos poblacionales:

- **Cobertura de disponibilidad:** refiere a la presencia de servicios suficientes en cantidad y calidad. Las **inequidades estructurales** —como la escasa oferta en zonas rurales o marginadas— y la falta de infraestructura adecuada vulneran el derecho a la salud, especialmente en poblaciones históricamente excluidas y en mujeres.
- **Cobertura de accesibilidad:** abarca barreras **físicas** (distancia, transporte), **financieras** (gasto de bolsillo, falta de protección) y **organizacionales/informacionales** (horarios inflexibles, trámites complejos, baja alfabetización o normas sociales restrictivas).
- **Cobertura de aceptabilidad:** contempla situaciones de **discriminación**, **estigmatización** o ausencia de **perspectiva de género**, que dificultan la interacción con el sistema de salud.
- **Cobertura de contacto:** incluso si los servicios están disponibles y son accesibles, no siempre se genera un **vínculo efectivo** con el sistema. Esto puede deberse a **desconfianza**, experiencias negativas o **baja disposición a buscar atención**.
- **Cobertura efectiva:** implica que el cuidado recibido sea **adecuado, continuo y de calidad**. La **baja calidad diagnóstica o terapéutica**, la falta de coordinación entre servicios o las barreras para la **adherencia** impactan especialmente en personas con condiciones crónicas, mujeres y grupos vulnerables.

Las desigualdades en salud —es decir, **las diferencias observables entre subgrupos dentro de una población**— **pueden ser medidas y monitoreadas**, y constituyen una forma indirecta de evaluar la inequidad en salud. El acrónimo **“PROGRESS-Plus”** se utiliza comúnmente para

resumir las dimensiones de desigualdad que pueden emplearse como **criterios de desagregación en el monitoreo de desigualdades en salud** (ver Recuadro 1).[16] Estas dimensiones también son útiles para las evaluaciones de barreras.

PROGRESS-Plus se refiere a; **P**: lugar de residencia (rural, periurbano, urbano), **R**: raza o etnia, **O**: ocupación, **G**: género y sexo, **R**: religión, **E**: nivel educativo, **S**: situación socioeconómica y **S**: capital o recursos sociales. **Plus** hace referencia a características personales que pueden ser motivo de discriminación o que requieren adaptaciones por diferencias físicas (por ejemplo, edad o discapacidad); características de las relaciones (por ejemplo, padres fumadores, falta de registro local que impida el acceso a servicios, tener estatus migrante en un entorno sin medidas de inclusión); y relaciones dependientes del tiempo (por ejemplo, el alta hospitalaria, el cuidado de relevo, u otras situaciones en las que una persona pueda encontrarse temporalmente en desventaja). A partir del monitoreo de desigualdades en salud, las evaluaciones de barreras permiten profundizar en la comprensión de por qué algunas subpoblaciones están quedando rezagadas.

2b. Medición de la equidad en salud

Hasta acá, contemplamos las posibles “dimensiones” donde se puede generar inequidad en el acceso a la salud. Tal como se mencionó, **existen múltiples tipos de medidas** porque cada una captura aspectos específicos de las desigualdades, con sus diferentes aplicaciones, limitaciones y niveles de complejidad.

Las **medidas simples**, como las diferencias absolutas o las proporciones, son fáciles de entender y calcular, lo que las hace **útiles para comunicar resultados a audiencias no técnicas**.^[17] Sin embargo, estas medidas no consideran la distribución de la población entre subgrupos ni su tamaño, lo que puede limitar su interpretación en análisis más detallados. Por otro lado, las **medidas complejas**, como el índice de **desigualdad relativa o el índice de quintiles**, consideran toda la distribución de subgrupos y pueden ponderar los resultados según el tamaño de cada grupo. Estas permiten un análisis más completo y preciso, pero son más difíciles de calcular e interpretar. Las desigualdades pueden medirse en términos **absolutos** —por ejemplo, la diferencia de cobertura entre grupos extremos— o **relativos**, como la razón entre las coberturas de los mismos grupos.

Además, existen **índices compuestos** que permiten evaluar la equidad de manera más precisa a lo largo de toda la distribución social:

- **Índice de concentración** (*Concentration Index*, CI): mide la distribución de un indicador en relación al **nivel socioeconómico**. Un valor de 0 indica igualdad perfecta; los valores negativos indican concentración en los grupos más pobres, y los positivos, en los más ricos.
- **Índice de Gini**: evalúa la desigualdad general en la **distribución de un recurso** (como ingresos o cobertura). La escala comienza en 0 (igualdad perfecta), siendo 1 la

desigualdad máxima, aunque encuentra limitaciones en indicar la dirección en la que ocurre la desigualdad.

- **Índice de desigualdad absoluta** (*Slope Index of Inequality, SII*): calcula la **diferencia absoluta** en el indicador de salud **entre el grupo más favorecido y el menos favorecido**. Se expresa en puntos porcentuales.
- **Índice de desigualdad relativa** (*Relative Index of Inequality, RII*): muestra la **razón entre los extremos del gradiente social**. Mientras el valor 1 indica igualdad, superarlo favorece a los sectores más pudientes, y estar por debajo, a los menos favorecidos.

La **elección de una medida** depende del **contexto** del análisis, los **datos disponibles** y el **objetivo** del estudio. Algunas medidas son apropiadas para identificar la magnitud total de desigualdades, mientras que otras ayudan a entender patrones específicos o desigualdades entre ciertos grupos.[17]

En este apartado se abordan las dimensiones del acceso a la salud que pueden estar afectadas por inequidades, así como las formas de medirlas. Si bien las mediciones pueden centrarse en diferentes dominios y utilizar diversos enfoques, todas reflejan el impacto de la inequidad. Por ejemplo, la falta de accesibilidad puede evidenciarse tanto en la proporción de personas que no acceden al sistema como en el aumento de muertes evitables. Cada dimensión puede evaluarse a través de distintos desenlaces, pero en todos los casos se expresa una forma de inequidad en salud. Ejemplos de intervenciones sensibles a la equidad con evidencia de impacto positivo en salud y distribución se presentan en el **Anexo 1**.

2.c Relevancia y beneficios de incorporar la equidad en ETESA en América Latina

En América Latina, avanzar hacia evaluaciones que contemplen las **desigualdades estructurales** es no solo deseable desde una perspectiva ética, sino también cada vez más relevante para fortalecer la toma de decisiones en salud. Si bien se trata de un enfoque aún **incipiente y en construcción**, existen antecedentes valiosos —desde agencias oficiales hasta espacios académicos y redes como el **Foro Latinoamericano de Políticas de HTAi**— que muestran un interés creciente por **incorporar la equidad** en los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias. [8]

Algunos países como **Colombia, Argentina y Brasil** han comenzado a explorar herramientas metodológicas como el **análisis de subgrupos**, su inclusión en procesos **deliberativos** o técnicas de **análisis de decisiones multicriterio**, aunque de forma heterogénea y con distintos niveles de institucionalización.

Incorporar la equidad en ETESA puede aportar beneficios sustantivos, especialmente en contextos de alta fragmentación y escasez. Desde el plano técnico, permite identificar poblaciones que podrían experimentar **impactos diferenciales** respecto al promedio —por ejemplo, grupos que obtienen beneficios significativamente mayores o nulos— y, con ello, focalizar recursos donde sean más necesarios. En términos políticos, puede **fortalecer la**

legitimidad de las decisiones al hacer visibles los valores y criterios subyacentes. A nivel institucional, contribuye a construir procesos **más transparentes, participativos y receptivos** a las demandas sociales.

Este enfoque no implica reemplazar los criterios existentes, sino **complementarlos** con herramientas que permitan **evaluar, anticipar y mitigar desigualdades**. Sin embargo, su integración sistemática en la región requiere superar importantes desafíos técnicos, institucionales y políticos. Reconocer tanto **los avances** como **las limitaciones actuales** es clave para delinear una hoja de ruta realista hacia evaluaciones de tecnologías sanitarias que no solo sean efectivas y sostenibles, sino también **más justas y equitativas**.

3. EQUIDAD EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

3.a. Bases conceptuales para integrar la equidad en ETESA

Incorporar la **equidad** en la **ETESA** implica tomar decisiones que no solo consideren **cuánta salud se gana**, sino también **qué poblaciones se benefician**. Mientras algunas perspectivas priorizan **maximizar la salud total** de la población (como el **enfoque utilitarista**), otras proponen poner el foco en **reducir las desigualdades** y **mejorar la situación de quienes están en peor condición**. Por ejemplo, el filósofo **John Rawls** plantea que una sociedad justa debe garantizar **libertades básicas para todos** y dar prioridad a **mejorar la situación de los más desfavorecidos** [18]. Por su parte, **Amartya Sen** propone que lo importante es **ampliar las oportunidades reales** de las personas para vivir **vidas que valoren** [19]. Estas ideas han influido en **marcos de evaluación** que buscan no solo **eficiencia**, sino también **mayor justicia social** [7,13,20]. Estas perspectivas han comenzado a influir en los **marcos de valor** de algunas **agencias de evaluación**, que reconocen explícitamente la equidad como un criterio relevante más allá de la eficiencia promedio. [13,21]

Como se mencionó anteriormente, la **mayoría de las herramientas tradicionales de ETESA**, se han desarrollado bajo una lógica del promedio poblacional, que tiende a **invisibilizar las diferencias entre grupos sociales** [22]. Este sesgo puede perpetuar inequidades si las tecnologías evaluadas benefician desproporcionadamente a poblaciones con mayor capacidad de acceso o mejor estado de salud inicial. La equidad, en este marco, no debe ser tratada como un criterio accesorio, sino como un principio transversal que guíe la evaluación desde la selección de tecnologías hasta la formulación de recomendaciones. [8]

3.b. Herramientas metodológicas para incorporar la equidad en ETESA

Diversas herramientas han sido desarrolladas para capturar el **impacto distributivo de las tecnologías sanitarias** y para **ponderar** explícitamente **el valor social de reducir desigualdades**. Estos métodos varían en su grado de institucionalización, complejidad técnica y aplicabilidad, especialmente en contextos de ingresos bajos y medios como los de América Latina.

La deliberación en la ETESA permite incorporar **dimensiones sociales, éticas y basadas en las experiencias de los pacientes** —como valores comunitarios, principios de justicia

distributiva o vivencias de grupos históricamente excluidos— que muchas veces representan el primer acercamiento formal a la consideración de la **equidad**. Aun en ausencia de evidencia cuantitativa, se espera que los responsables de la toma de decisiones reflexionen sobre el **potencial impacto en la equidad** de cada tecnología. Este proceso puede incluir a diversos actores (ciudadanía, profesionales, comunidades, decisores) y organizarse mediante **audiencias públicas, paneles ciudadanos, talleres participativos o consultas abiertas**. En América Latina, estas instancias han comenzado a institucionalizarse, como muestra el caso de **CONETEC en Argentina**, aunque su estructura y peso decisorio aún varían.

Existen diversas herramientas diseñadas para guiar el proceso deliberativo en la evaluación de tecnologías sanitarias con enfoque en equidad. La **metodología GRADE**, por ejemplo, incluye guías específicas para incorporar la equidad en la toma de decisiones. Estas guías proponen una serie de preguntas orientadoras para reflexionar sobre los posibles impactos de una tecnología en distintos aspectos de la equidad.[23] Otro ejemplo es la herramienta **Equi-Neu**, desarrollada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén. Se trata de una planilla de tamiz provisorio que facilita la incorporación de la perspectiva de equidad en los procesos de ETESA.[24] Su objetivo es anticipar y analizar el impacto potencial de una tecnología sobre diversas dimensiones de la desigualdad estructural, abarcando tanto aspectos generales como cuestiones específicas vinculadas al derecho a la salud, la afectación de poblaciones vulnerables y los costos derivados de la inequidad.[25]

En este marco, el *Manual para la Participación de Pacientes en Toma de Decisiones sobre Cobertura en Salud* [26] propone bases concretas para procesos deliberativos **inclusivos**, donde la participación de pacientes sea **representativa, informada y deliberativa**. Además de reforzar la **legitimidad** y la **transparencia institucional**, esta participación contribuye a construir **sistemas de salud más justos y receptivos**. Si bien el manual reconoce limitaciones como la falta de sistematización, de criterios claros de representación y de condiciones adecuadas para una participación efectiva, traza un **camino ético y necesario** para seguir profundizando la equidad en la toma de decisiones.

El **análisis de subgrupos** permite explorar diferencias en la **efectividad**, la **seguridad** o la **costo-efectividad** de una tecnología entre distintos grupos poblacionales. Esta técnica se emplea para describir la distribución de beneficios o riesgos en función de variables como **género, nivel socioeconómico, cobertura de salud o lugar de residencia**. Puede aplicarse a estudios primarios, bases de datos administrativas o modelos económicos, siempre que se disponga de datos desagregados y suficiente poder analítico. [7]

Asimismo, se destaca la importancia de promover **subanálisis por subgrupos relevantes para la equidad** en los estudios primarios (RCTs y datos observacionales). Aunque muchas veces no cuentan con suficiente poder estadístico, técnicas como el **meta-análisis** pueden contribuir a generar evidencia útil para futuras evaluaciones orientadas a la equidad. [13]

El **análisis costo-efectividad distributivo (DCEA)** amplía la evaluación económica tradicional al considerar no solo **cuánta salud se gana**, sino también **cómo se distribuyen los beneficios y los costos de oportunidad** entre distintos grupos sociales. A diferencia de los análisis promedio, el DCEA permite estimar **quién gana y quién podría perder salud** con una

intervención, según criterios como ingreso, género, región o pertenencia étnica. Para ello, combina datos sobre la efectividad de la tecnología, el acceso esperado por grupo y la situación de salud inicial de la población, permitiendo así identificar si una tecnología reduce brechas o si, por el contrario, podría profundizar desigualdades existentes.

Los resultados pueden representarse mediante **curvas de equidad, índices de concentración** u otras métricas agregadas, y se integran con los análisis de eficiencia para apoyar decisiones que consideren la **justicia distributiva**. En contextos donde la equidad es una prioridad explícita, se pueden aplicar **funciones de bienestar social** que introducen parámetros de **aversión a la inequidad**, ponderando la distribución de los beneficios más allá del promedio poblacional. Asimismo, se recomienda incorporar de forma explícita la **distribución del costo de oportunidad entre subgrupos**, es decir, estimar qué grupos podrían verse perjudicados por la reasignación de recursos hacia una nueva tecnología, lo que permite un análisis más completo del impacto distributivo. [13]

Aunque su implementación aún es incipiente, el DCEA ha sido incluido en las **guías metodológicas oficiales de India** como herramienta clave para orientar decisiones en políticas de cobertura universal [7,22]. En paralelo, diversos autores destacan que para aplicar estas herramientas de manera robusta se requiere contar con **datos desagregados y representativos** sobre desigualdades de salud, efectos diferenciales por subgrupo y patrones de gasto. La falta de estos datos sigue siendo una de las principales barreras para una aplicación rutinaria del análisis distributivo, por lo que se recomienda también realizar **análisis de sensibilidad** cuando dicha información no esté disponible. [13]

El **análisis costo-efectividad extendido (ECEA)** también expande el enfoque económico tradicional al considerar, **además de los beneficios en salud, los efectos en términos de protección financiera y equidad económica**. Esta metodología permite estimar cuántos casos de gastos de bolsillo catastróficos se evitan con una intervención o cuántas personas dejan de caer en la pobreza debido a su implementación. Al vincular el análisis de **impacto en salud** con **indicadores de justicia económica**, el ECEA ofrece una visión más integral del valor social de las tecnologías. Ha sido aplicado principalmente en políticas de cobertura universal en Asia y África, donde permitió comparar opciones no solo por su eficiencia sanitaria, sino también por su capacidad de reducir desigualdades económicas. [14,22]

La **ponderación de la equidad en los QALYs** propone asignar mayor valor a los **años de vida** ajustados por calidad **ganados en poblaciones más vulnerables**, como aquellas con menor nivel socioeconómico, peores condiciones de salud iniciales o menor expectativa de vida. Este enfoque busca reflejar una preocupación ética por la justicia distributiva. Aunque su implementación práctica presenta **desafíos metodológicos y éticos**, algunos países han comenzado a incorporarla de forma indirecta. En Reino Unido, el NICE aplica umbrales de costo-efectividad más flexibles en enfermedades raras o condiciones severas, mientras que en Noruega se valora explícitamente el beneficio en grupos con peor salud inicial. [22]

El **análisis de decisiones multicriterio (MCDA)** no se trata de una herramienta diseñada para evaluar la equidad, sino de un enfoque que permite tomar decisiones **considerando simultáneamente múltiples dimensiones relevantes**, entre ellas la equidad. En los procesos

de incorporación y cobertura de tecnologías sanitarias, esta dimensión convive con otros atributos como la efectividad clínica, el impacto económico, la seguridad, la aceptabilidad o las necesidades sociales. Estos diferentes aspectos muchas veces interactúan entre sí: por ejemplo, pueden tolerarse ciertos problemas de seguridad si una intervención ofrece un gran beneficio clínico en una enfermedad grave —como sucede con algunos tratamientos oncológicos—. De manera similar, un sistema de salud podría preferir una intervención con menor beneficio promedio si ayuda a reducir desigualdades, o aceptar una que podría ampliar brechas si produce un impacto sustancial a nivel poblacional. MCDA permite explicitar estos compromisos al **asignar una ponderación relativa a cada criterio y puntuar las tecnologías en función de su desempeño en cada dimensión**. Esta estructura facilita decisiones más transparentes, alineadas con los valores sociales que las sustentan, y ha sido explorada por agencias como el IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud) en Colombia y por varios países de ingresos medios. [22,27]

Existen adicionalmente algunos **enfoques** que se utilizan en **análisis de salud global** que aún no se han incorporado ampliamente en la ETESA, pero podrían hacerlo.

La **evaluación del impacto en salud con enfoque de equidad (HIA)** es un proceso estructurado que permite anticipar el **efecto desigual de una política o intervención en distintos grupos sociales**. A través del análisis de determinantes sociales y la participación de actores clave, la HIA **identifica riesgos o beneficios diferenciales** —por ejemplo, según género, ingreso o territorio— y formula recomendaciones para mitigar impactos negativos y reducir desigualdades. Aunque se utiliza principalmente en sectores como el ambiente o el urbanismo, su integración a la ETESA podría fortalecer la identificación temprana de efectos distributivos. [14]

El **análisis interseccional** incorpora una mirada que reconoce que las desigualdades en salud no son unidimensionales, sino que se estructuran por **múltiples factores simultáneos** (género, etnicidad, discapacidad, edad). Aunque su aplicación práctica es aún escasa debido a la **falta de datos adecuados**, representa una línea relevante para futuras evaluaciones más inclusivas. [7]

El **mapeo geoespacial de inequidades** ha sido utilizado para **identificar disparidades en la distribución territorial** de servicios y población cubierta, permitiendo una visualización clara de las barreras de acceso. En Argentina, por ejemplo, ha sido empleado para caracterizar la accesibilidad a la atención primaria y orientar la planificación sanitaria [28]. Sin embargo, su integración formal en procesos de ETESA sigue siendo limitada.

Cada uno de estos enfoques **presenta ventajas y limitaciones** que deben ser consideradas al momento de su adopción. Los **procesos deliberativos** amplían la legitimidad democrática y permiten recoger valores sociales, aunque su impacto en las decisiones puede ser limitado si no se estructuran formalmente. El **análisis de subgrupos** es técnicamente accesible y puede incorporarse a evaluaciones existentes, pero requiere datos desagregados confiables y suficiente poder estadístico para detectar diferencias relevantes [7]. **DCEA** y **ECEA** ofrecen una aproximación cuantitativa a la equidad, aunque su complejidad técnica y requerimientos de datos los hacen aún difíciles de institucionalizar [22]. MCDA aporta transparencia y estructura

en la ponderación de criterios, pero demanda consensos sobre jerarquías de valor que no siempre están disponibles. Las propuestas como la ponderación de **QALYs** o el **análisis interseccional** presentan fortalezas conceptuales, pero enfrentan resistencias éticas, metodológicas y operativas para su implementación a gran escala. Finalmente, herramientas como el **mapeo geoespacial** pueden ser útiles para orientar decisiones en contextos específicos, aunque aún carecen de formalización. [14].

TABLA 1. Herramientas para incluir la equidad en los procesos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)

Herramienta	Datos Desagregados	Grado de incorporación	Ventajas	Limitaciones	Referencia
Procesos deliberativos	No	○ ○ ● ○ ○ ○	Promueve la participación e incorpora una perspectiva ética; valora las percepciones y representaciones sociales	Limitado si no hay legitimidad ni participación genuina entre actores.	[8] [26]
Análisis de subgrupos	Sí	○ ○ ○ ○ ○ ○	Permite ver diferencias en la efectividad, la seguridad o la costo-efectividad de una tecnología en distintos grupos poblacionales.	Requiere datos confiables y capacidad analítica.	[7]
Análisis costo-efectividad distributivo	Sí	○ ○ ○ ○ ○ ○	Permite analizar la distribución de los beneficios en salud entre distintos grupos poblacionales, lo que la hace útil para visibilizar las brechas y la inequidad.	Alta complejidad técnica y necesidad de datos desagregados.	[7]; [22]
Análisis costo-efectividad extendido	Sí	○ ○ ○ ○ ○ ○	Incluye las desigualdades estructurales en su análisis, lo que permite dimensionar el valor social de una tecnología.	Aplicación limitada fuera de políticas de cobertura universal.	[14]; [22]
Ponderación de QALYs por equidad	Sí	○ ○ ○ ○ ○ ○	Fortalece la equidad en la evaluación: prioriza indicadores de salud relevantes para poblaciones vulnerables.	Limitaciones éticas y metodológicas en su implementación.	[22]
Análisis de decisiones multicriterio	No	○ ○ ○ ○ ○ ○	Plasma el puntaje de una tecnología en diversas dimensiones, lo que facilita y orienta la toma de decisiones.	La ponderación de criterios requiere consensos.	[27]; [22]

○ ○ ○ ○ ○ = Muy bajo - ○ ○ ○ ○ ○ = Bajo - ○ ○ ● ○ ○ ○ = Bajo a medio - ○ ○ ○ ○ ○ = Medio

Herramientas del impacto en la salud global que aún no se han incorporado a ETESA

Herramienta	¿Requiere datos específicos?	Ventaja principal	Limitación principal	Referencias
Evaluación de impacto en salud con enfoque de equidad	No	Anticipa la carga negativa y los efectos desiguales que tendrá una iniciativa en base a los determinantes sociales de la salud.	Poco usada en salud; requiere participación amplia.	[14]
Análisis interseccional	Sí	Visibiliza intersecciones de vulnerabilidad (acumulación de factores como género, etnicidad, discapacidad, edad, etc).	Faltante de datos.	[7]
Mapeo geoespacial de inequidades	Sí	Facilita la detección de focos territoriales donde las inequidades se manifiestan con mayor intensidad.	Poco formalizado en guías de ETESA.	[28]

3.c Etapas del proceso de ETESA donde se podría incluir la equidad

La equidad puede —y debería— ser considerada a lo largo de todas las etapas del proceso de ETESA. Diversas guías internacionales, como la **Lista de Verificación** desarrollada por el Centre for Global Development [7], acompañan ese criterio. A continuación, se describen las principales instancias en las que podría integrarse para su integración:

1. Fase de enfoque o delimitación (scoping):

Desde el inicio del proceso, la definición del problema, la **selección del tópico** y el establecimiento de las preguntas evaluativas pueden integrar un enfoque de equidad. Esto implica priorizar tecnologías relevantes para poblaciones en situación de vulnerabilidad o con necesidades insatisfechas, e **identificar explícitamente a los subgrupos que podrían verse más afectados por la intervención**. Algunos países ya incorporan criterios de equidad en sus matrices de priorización para definir qué tecnologías se evalúan primero. [27]

2. Evaluación (evidence review and analysis, o el componente de “Assessment”):

Durante esta fase se pueden aplicar metodologías específicas como análisis de subgrupos, distribución de efectos y análisis costo-efectividad distributivo (DCEA). Incluir **datos desagregados por nivel socioeconómico, género, etnicidad o región geográfica** permite identificar desigualdades existentes y proyectar el **impacto potencial de la tecnología en la distribución de la salud**. Asimismo, evaluar la accesibilidad y aceptabilidad de la tecnología para distintos grupos puede ser clave para anticipar barreras de implementación. [21]

3. Formulación de recomendaciones:

Las recomendaciones pueden incorporar explícitamente criterios de equidad, justificando, por ejemplo, **umbrales de costo-efectividad más flexibles** para poblaciones desfavorecidas

o valorando intervenciones que reduzcan brechas en resultados en salud. También es posible incluir cláusulas que condicionen la recomendación a estrategias de implementación equitativa. [22]

4. Transferencia del conocimiento e implementación:

La traducción de la recomendación en políticas efectivas requiere considerar las capacidades reales del sistema de salud para implementar la tecnología de manera equitativa. Esto incluye **identificar poblaciones con menor acceso potencial**, adaptar **mecanismos de financiamiento** o definir **estrategias diferenciadas de implementación** (por ejemplo, distribución territorial, campañas dirigidas a comunidades específicas, etc.).

5. Reevaluación (reassessment):

La evaluación del impacto en equidad debe formar parte del seguimiento de la tecnología. Esto implica monitorear su uso en la práctica, identificar disparidades emergentes en acceso o resultados, y **revisar las recomendaciones si se observa que la intervención ha ampliado brechas** en lugar de reducirlas. La institucionalización de la reevaluación con enfoque de equidad es aún limitada, pero representa una herramienta clave para garantizar la sostenibilidad y justicia del sistema.

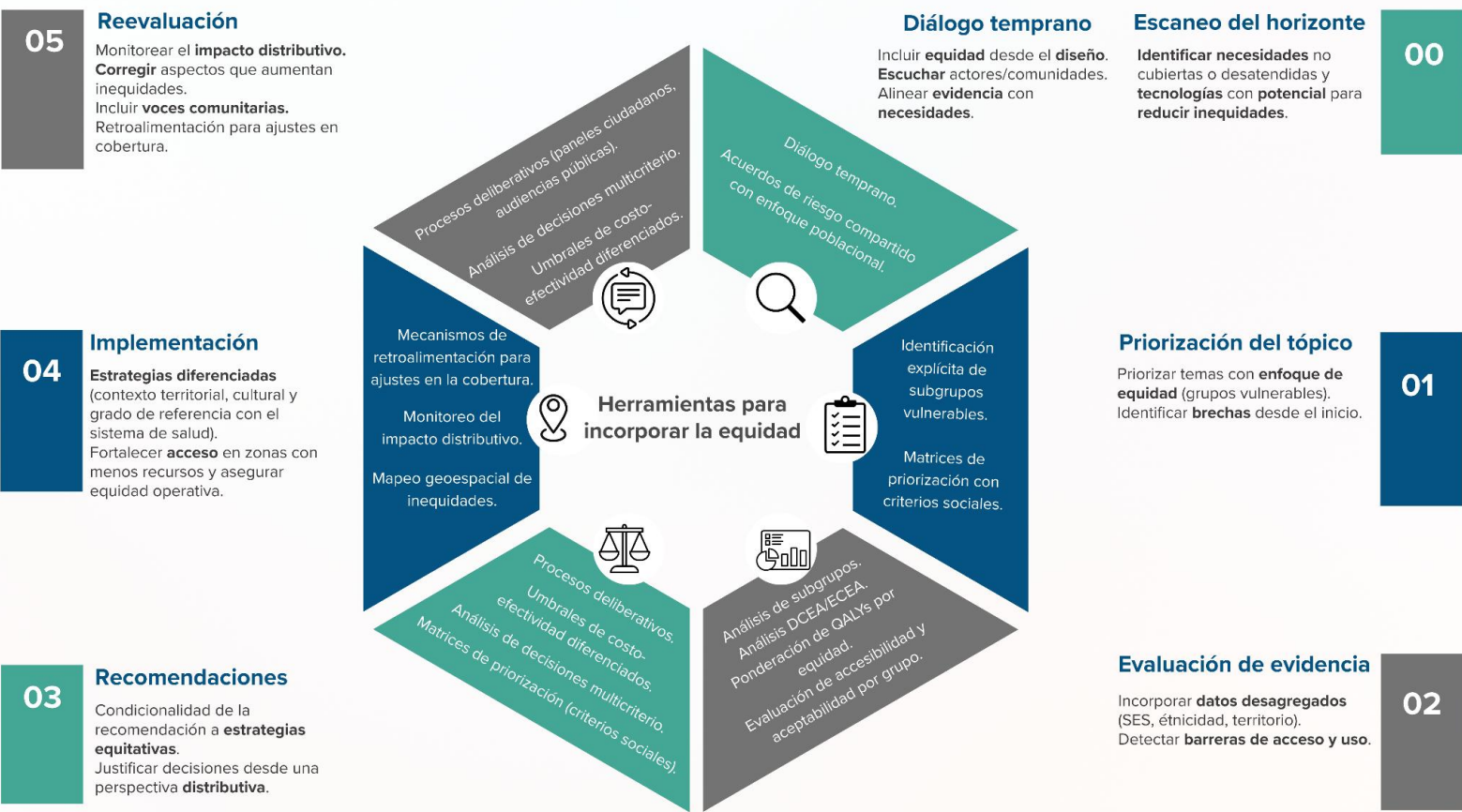
6. Otras oportunidades emergentes:

Además de las etapas clásicas del proceso de evaluación, algunos enfoques emergentes destacan la utilidad de incorporar la equidad en instancias como el **diálogo temprano** con desarrolladores, donde es posible anticipar necesidades de subgrupos específicos, y en **acuerdos de riesgo compartido** (*risk-sharing agreements*), que podrían diseñarse para maximizar el beneficio en poblaciones vulnerables. Aunque estas oportunidades todavía no se han formalizado ampliamente, han sido señaladas como espacios con alto potencial para promover decisiones más justas. [7,29]

En conjunto, estas etapas ofrecen múltiples puntos de entrada para que **la equidad no sea un componente accesorio, sino un eje estructurante del proceso de ETESA**. Su incorporación temprana y sostenida permite anticipar efectos no deseados, promover la transparencia en la toma de decisiones y orientar los recursos hacia intervenciones que favorezcan una distribución más justa de los beneficios en salud.

Una herramienta útil para guiar la incorporación sistemática de la equidad en cada una de estas etapas es la **lista de verificación ECHTA (Equity Considerations for HTA)**, desarrollada por **Benkhalti et al. (2021)**. Esta lista propone un conjunto de criterios organizados en torno a cinco fases del proceso de ETESA: **delimitación del alcance, evaluación, formulación de recomendaciones, implementación y reevaluación**. Incluye, entre otros elementos, la identificación de subgrupos relevantes mediante el marco **PROGRESS-Plus**, el uso de análisis desagregados, la consideración explícita del impacto distributivo de las tecnologías, y la participación significativa de partes interesadas. Su aplicación permite operacionalizar principios de equidad en forma concreta, adaptándose a diferentes contextos institucionales y niveles de desarrollo técnico.[7]

Figura 1. Integración de la equidad en las etapas de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias



3.d Desafíos y limitaciones en la aplicación de ETESA con enfoque de equidad

La integración efectiva de la equidad en la ETESA continúa enfrentando múltiples obstáculos que limitan su aplicación sistemática. Estos desafíos se expresan tanto en las herramientas disponibles como en las condiciones institucionales, políticas y estructurales de los sistemas de salud, especialmente en América Latina.

En primer lugar, uno de los principales obstáculos es la **ausencia de marcos metodológicos ampliamente consensuados** que orienten cómo incorporar la equidad de manera estructurada en las distintas etapas de la evaluación. Si bien existen propuestas conceptuales y herramientas emergentes, como el DCEA o la ponderación de beneficios por subgrupos vulnerables, su aplicación sigue siendo incipiente y con poca estandarización entre países y agencias evaluadoras. [7,22]

Este desafío se ve agravado por la **escasez de datos desagregados** por variables clave como nivel educativo, ingreso, condición territorial, pertenencia étnica o género. La falta de datos confiables y comparables limita el análisis de efectos diferenciales, impidiendo evaluar si una tecnología contribuye a reducir o profundizar desigualdades existentes [21]. En muchos casos, los registros administrativos o estudios clínicos disponibles no incluyen estas variables, lo que restringe las posibilidades analíticas.

A ello se suma la **dificultad que implica operacionalizar el concepto de equidad en la práctica evaluativa**. Aunque ampliamente invocada en los discursos y principios rectores, la equidad rara vez cuenta con una definición específica y aplicable que permita traducirla en criterios técnicos, indicadores concretos o umbrales diferenciados. Esta ambigüedad deja espacio a interpretaciones variables y, en la práctica, suele conducir a una omisión de este enfoque en las decisiones finales [8]. Además, **las inequidades en salud son la manifestación de condiciones sociales estructurales** —como la pobreza, la educación deficiente, el desempleo, la vivienda inadecuada o entornos sociales desfavorables— que **no pueden ser corregidas únicamente mediante intervenciones en el sistema de salud** [20]. Esta dimensión estructural vuelve muchas veces inasible una aplicación directa del concepto de equidad y limita la capacidad de acción tanto de los decisores como de los pacientes dentro del sistema sanitario. [7,22]

Por otro lado, **la integración de la equidad también se ve limitada por factores institucionales y de gobernanza**. La falta de capacidades técnicas específicas en los equipos evaluadores, sumada a la ausencia de incentivos claros o de marcos regulatorios que exijan su incorporación, contribuye a que las consideraciones distributivas queden fuera del análisis o se traten de manera superficial. En algunas agencias, los procedimientos se centran casi exclusivamente en la eficiencia, sin espacios estructurados para considerar otros valores sociales.

Asimismo, existen **factores de contexto político que dificultan el avance de un enfoque más robusto de equidad**. Las prioridades gubernamentales pueden estar orientadas hacia resultados de corto plazo o sujetas a presiones de actores con fuerte poder de negociación, como las industrias farmacéutica y de dispositivos médicos. En estos escenarios, los argumentos basados en la eficiencia económica tienden a predominar, relegando criterios redistributivos o éticos.

También deben considerarse los **obstáculos derivados del diseño fragmentado de muchos sistemas de salud**, en particular en América Latina. La coexistencia de múltiples subsistemas con distintos esquemas de cobertura, financiamiento y acceso, produce escenarios donde incluso una recomendación equitativa desde ETESA puede no traducirse en un acceso equitativo en la práctica. Este desajuste entre la evaluación y la implementación constituye una limitación estructural importante. [8]

Finalmente, **la participación social y el involucramiento de actores clave sigue siendo limitado**. En la mayoría de los procesos evaluativos, los grupos tradicionalmente marginados —como pueblos indígenas, personas con discapacidad, comunidades rurales o pacientes con menor alfabetización sanitaria— no están representados de forma significativa. Esta falta de participación reduce la legitimidad de las recomendaciones y limita la posibilidad de incorporar perspectivas valiosas sobre barreras reales de acceso y uso de tecnologías sanitarias.

En conjunto, estos desafíos reflejan la necesidad de un cambio más profundo en las prácticas, estructuras y marcos normativos que rigen los procesos de ETESA. Superarlos implica no solo ajustar herramientas técnicas, sino también ampliar la noción de valor y justicia en salud dentro de la toma de decisiones.

3.e Oportunidades para fortalecer la equidad en ETESA

A pesar de los múltiples desafíos que enfrenta la incorporación de la equidad en la ETESA, existen también condiciones favorables para avanzar en su fortalecimiento. Estas oportunidades surgen de desarrollos metodológicos recientes, transformaciones institucionales y políticas, experiencias regionales acumuladas y del creciente apoyo de organismos internacionales.

Uno de los aspectos más prometedores es el impulso al desarrollo de **marcos conceptuales y herramientas estandarizadas** que orientan la incorporación sistemática de la equidad en todas las etapas del proceso evaluativo. La existencia de guías técnicas, metodologías emergentes como el análisis costo-efectividad distributivo o el uso de criterios multicriterio, y su adaptación progresiva en diversos contextos, permiten avanzar hacia una mayor coherencia y comparabilidad entre países y agencias.

Paralelamente, el fortalecimiento de los **sistemas de información en salud y de las capacidades para la recolección de datos desagregados** por nivel socioeconómico, etnicidad, región u otras dimensiones clave, permite análisis más finos, sensibles al contexto y orientados a identificar brechas específicas. Algunos países de la región han comenzado a mejorar sus registros administrativos y a utilizar métricas de equidad que pueden integrarse a los análisis de ETESA.

En el plano institucional, **el compromiso creciente de agencias de evaluación, ministerios de salud y organismos de planificación sanitaria** abre la posibilidad de crear entornos habilitantes para la integración de la equidad. Este proceso se ve fortalecido cuando se vincula con procesos de reforma sanitaria más amplios, orientados al fortalecimiento de la atención primaria, la reducción de la fragmentación de los subsistemas y el desarrollo de esquemas de financiamiento más progresivos y equitativos.

La **formación de recursos humanos especializados**, a través de programas de capacitación en metodologías sensibles a la equidad, interpretación de datos desagregados y participación de actores sociales, es otra condición clave para fortalecer este enfoque. La consolidación de comunidades técnicas que trabajen en red, compartan buenas prácticas y colaboren en proyectos conjuntos puede tener un efecto multiplicador en la región.

También es fundamental el avance hacia **marcos regulatorios y normativos que establezcan explícitamente la equidad como principio rector de la evaluación**. La inclusión de esta dimensión en leyes, reglamentos, resoluciones ministeriales o guías técnicas puede dar sustento institucional a su integración y asegurar su continuidad más allá de coyunturas políticas.

En cuanto a la participación social, se identifican oportunidades concretas para **fortalecer el involucramiento de pacientes, comunidades afectadas y organizaciones sociales** en las distintas etapas del proceso evaluativo. El incremento de la alfabetización sanitaria, el diseño

de mecanismos de consulta culturalmente pertinentes y el fortalecimiento de la confianza institucional pueden contribuir a que estos espacios sean más representativos y vinculantes. Por último, la **colaboración intersectorial y el respaldo internacional** ofrecen un marco de apoyo fundamental. Las recomendaciones y marcos provistos por organizaciones como la OPS, la OMS o INAHTA, así como el acceso a financiamiento externo, asistencia técnica y redes globales de investigación, han sido factores facilitadores en varios países para impulsar la inclusión de la equidad en sus agendas de evaluación.

En conjunto, estas oportunidades configuran un escenario favorable para que la equidad deje de ser un valor enunciado y se transforme en un eje transversal y operativo en los procesos de ETESA. Aprovecharlas dependerá del compromiso sostenido de los actores involucrados y de la capacidad para traducir principios en prácticas concretas y sostenibles.

4. Experiencias internacionales

4.1 Canadá

De acuerdo con el manual “Equity-Focused Health Technology Assessment at CADTH” [30], la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías en Salud (CADTH) ex Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías en Salud (CADTH), aplica los criterios de equidad, inclusión, diversidad y accesibilidad como eje transversal. El manual asocia “**poblaciones que merecen equidad**” con variables como **edad, sexo, etnia, lugar de residencia**, nivel **socioeconómico (SES)** y **factores relacionados a las enfermedades**.

CDA (ex-CADTH) incorpora la **equidad** como **eje transversal** en todas las etapas del proceso de evaluación, desde la selección de tecnologías hasta el análisis económico y la participación de pacientes. Utiliza herramientas como **ECHTA y PROGRESS-Plus**, adapta la búsqueda de evidencia para incluir saberes culturalmente relevantes, y prioriza intervenciones orientadas a poblaciones históricamente excluidas.

El abordaje centrado en la equidad permea cada instancia del proceso y está presente desde los estadios más tempranos (como la identificación de los tópicos a evaluar), en los que definen como prioridad conocer al usuario final, tanto como las necesidades del sistema de salud. En sus evaluaciones incluyen metodologías mediante las cuales sistematizan estrategias de equidad, como la Lista de Verificación y los criterios ECHTA [7]. Los mismos habilitan la consideración de aspectos contextuales tanto como la participación de actores claves. CADTH también retoma las propuestas del Grupo de Métodos de Equidad de Campbell y Cochrane, y la metodología PROGRESS-Plus que permite contemplar el potencial de una tecnología a la hora de atenuar o exacerbar las inequidades, así como examinar indicaciones más justas. Valiéndose de esos instrumentos, durante el 2024, la lista de identificación de tecnologías de CADTH priorizó a los grupos más desfavorecidos de infancias y adolescencias con complicaciones médicas.

La búsqueda de literatura sigue el mismo principio, priorizando las fuentes que evitan sesgos, y omitiendo las que, en su recorte, dejan comunidades por fuera. Ese abordaje contribuye a que la terminología sea la más apropiada. Un ejemplo de esto es el trabajo sobre Saberes Indígenas, que han realizado tras identificar limitaciones en la literatura publicada, mayormente por el formato (oral) de la cultura en esas comunidades. Así, **CADTH prioriza la incorporación de información sobre salud indígena de manera culturalmente segura y respetuosa.**

Uno de los reportes que elabora CADTH para terceros incluye una sección que explora las implicancias éticas y de equidad de los productos farmacéuticos complejos, como las terapias con células CAR-T para cánceres hematológicos o medicamentos innovadores para enfermedades raras. Entre otras cuestiones, identifican los momentos y las formas en los cuales pueden surgir inequidades en el acceso al tratamiento, la atención y los resultados, los posibles sesgos de la evidencia que fundamenta la terapia, el riesgo de invisibilizar o desoír los intereses de los grupos que requieren equidad y las inequidades en el uso de la terapia en revisión para pacientes, cuidadores y proveedores.

En cuanto a las evaluaciones económicas, la agencia registra antecedentes nutriendo sus modelos de fuentes diversas que incluyen información correspondiente a poblaciones menos privilegiadas en aspectos relacionados al acceso a tratamientos, adherencia, pérdida de capacidad productiva, etc.

Por último, CADTH promueve la **participación de las asociaciones de pacientes**, cuyos referentes participan cada año en aproximadamente 60 evaluaciones de reembolso. Aunque la organización reconoce que queda un largo camino por recorrer (incluyendo personas racializadas, en situación de pobreza, de zonas rurales o aisladas, miembros de la comunidad 2SLGBTQ+, etc), sus miembros se valen de 17 enfoques diversos orientados a encontrar colaboradores y aliados involucrados con cada tema. Además de perseguir el propósito de plasmar experiencias de primera mano, apuntan a seleccionar a una variedad representativa de personas de diferentes regiones de Canadá, con distintos antecedentes y experiencias, y priorizar a quienes se identifican como parte de un grupo merecedor de equidad ha permitido comprender mejor cómo se experimenta la atención sanitaria en distintas comunidades.

4.2 Reino Unido

En el Reino Unido, el **NICE** tiene un enfoque hacia la equidad en las ETESA que se fundamenta en sus obligaciones legales como organismo público del Reino Unido. Sin embargo, su compromiso va más allá del cumplimiento legal, e **incorpora activamente consideraciones de equidad en todo el proceso de desarrollo de guías y evaluación de tecnologías**, extendiendo su análisis también a grupos socialmente excluidos, como personas sin hogar o niños bajo cuidado estatal.

NICE integra la equidad en todo el proceso de evaluación mediante análisis específicos, participación diversa y nuevas metodologías como el DCEA, que permiten medir el impacto distributivo de las tecnologías y orientar decisiones más justas.

En la práctica, NICE realiza un proceso sistemático de *Equality and Health Inequalities Impact Assessment* (EHIA, Evaluación del Impacto en la Equidad y las Desigualdades en Salud) como parte integral de la elaboración de cada guía o recomendación. Cada evaluación es tratada como una política individual y se analiza desde el inicio del proceso su posible impacto en poblaciones vulnerables. Esta evaluación se nutre de evidencia cualitativa y cuantitativa proveniente de pacientes, organizaciones civiles, profesionales y fuentes científicas, y se publica junto con la guía final. Además, NICE promueve la participación de personas de diversos orígenes en sus comités asesores, y mide el impacto de sus políticas internas y de reclutamiento sobre la equidad organizacional.

En su **estrategia** reciente (2020–2024), **NICE definió dos grandes objetivos: mejorar el abordaje de la equidad en el desarrollo de sus guías, y fortalecer la diversidad e inclusión dentro de su propia fuerza laboral.** Esto incluye la revisión del proceso de análisis de equidad, la realización de eventos de escucha con miembros de minorías étnicas para entender barreras, y el desarrollo de un plan de acción para aumentar su representación y participación. También se propuso mejorar la calidad de los datos sobre características protegidas, reducir las no-declaraciones en registros internos, y fomentar el acceso igualitario a oportunidades de liderazgo.[31]

De cara al futuro inmediato, NICE está avanzando hacia la incorporación de metodologías cuantitativas que permitan medir de forma más precisa el impacto de las tecnologías en la equidad. Uno de los principales desarrollos es la implementación del *Distributional Cost-Effectiveness Analysis* (DCEA, Análisis de Coste-Efectividad Distribucional), una técnica que introduce dimensiones distributivas en el análisis económico. Este enfoque permite no solo evaluar si una tecnología es eficiente, sino también para quién lo es, y qué impacto tiene en la reducción o ampliación de desigualdades en salud. A partir de 2022 NICE comenzó a aceptar presentaciones con estos métodos, y en 2024 elaboró un posicionamiento formal sobre su uso. Para 2025 se prevé una actualización del manual metodológico que incluirá directrices específicas sobre cuándo aplicar el DCEA, con qué herramientas, y cómo interpretar sus resultados para guiar decisiones más justas.

Paralelamente, NICE está desarrollando herramientas complementarias como las *Health Inequalities Briefings* (HI Briefings, Informes sobre Desigualdades en Salud), que informan el análisis EHIA con estimaciones del impacto sobre desigualdades en salud, y que ya han sido piloteadas en guías sobre manejo del peso y diabetes tipo 2. Estas iniciativas, junto con una estrategia explícita para reducir desigualdades reveladas o agravadas por la pandemia, muestran una evolución en el enfoque de NICE: de una equidad tratada principalmente desde la normativa y el procedimiento, hacia una equidad operacionalizada con evidencia

cuantificable y con una intención clara de que sus recomendaciones sean tanto eficaces como socialmente justas.

Sin embargo, **NICE reconoce que su capacidad para reducir las desigualdades en salud es limitada en relación con los determinantes estructurales que las originan.** Tal como lo expresa su actualización metodológica de 2025, no se espera que una única recomendación de NICE tenga un impacto sustancial sobre las desigualdades en salud de la población, ya que estas son en su mayoría impulsadas por factores ajenos al ámbito sanitario. Por ello, **sus decisiones deben interpretarse de manera acumulativa y en el marco de los esfuerzos más amplios del sistema de salud y de políticas intersectoriales.** No obstante, en ciertos casos, una tecnología puede tener efectos distributivos significativos que justifican una evaluación más profunda por parte de los comités.[32]

En síntesis, el enfoque de NICE combina un marco legal sólido con herramientas técnicas y organizativas para integrar la equidad en las ETS. Actualmente, está en transición hacia un modelo más robusto de medición y evaluación del impacto distributivo, lo que representa un paso importante hacia un sistema de salud más equitativo, donde las decisiones basadas en evidencia también tengan en cuenta a quiénes benefician y a quiénes podrían dejar atrás.

4.3 Asia

Un estudio publicado por Patikorn y col. en abril del 2025 examinó **cómo se incorpora la equidad en salud en los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) en trece sistemas de salud asiáticos.**[33] Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática, complementada con entrevistas en profundidad a informantes clave de cada país, lo que permitió triangular la información recolectada y contextualizarla. **El análisis abordó las cinco etapas del proceso de ETS:** identificación de temas, priorización, evaluación, valoración crítica del informe (appraisal) y toma de decisiones. Entre los países que cuentan con procesos formales de ETS, se identificaron diversas formas y grados de integración de criterios de equidad.

En el caso de **China**, que dispone de una agencia nacional dedicada a ETS, la equidad se encuentra contemplada en varias fases del proceso. Se otorga prioridad a tecnologías orientadas a enfermedades pediátricas o poco frecuentes, y se aceptan umbrales de costo-efectividad más elevados en contextos de necesidad médica insatisfecha. Además, se promueve la evaluación cuantitativa del impacto distributivo en subgrupos poblacionales.

En **Corea del Sur**, donde operan las agencias HIRA y NECA, la equidad se incorpora desde la etapa de identificación de temas, priorizando condiciones de bajo interés comercial como las enfermedades raras. Las evaluaciones incluyen el análisis de impacto en subgrupos, y en la toma de decisiones se consideran umbrales de costo-efectividad diferenciados para patologías graves.

Tailandia, a través del Programa de Evaluación de Intervenciones y Tecnologías de Salud (HITAP, por su sigla del inglés *Health Intervention and Technology Assessment Program*), presenta uno de los enfoques más desarrollados de la región. La equidad se contempla en todas las fases del proceso, con excepción del appraisal formal. Se permite la identificación abierta de temas por parte de distintos actores sociales, y se prioriza intervenciones destinadas a poblaciones de bajos recursos. Existen precedentes concretos en los que se han incorporado tecnologías no costo-efectivas por motivos de equidad, como el caso del tratamiento sustitutivo renal mediante diálisis peritoneal.

En **Filipinas**, el proceso de ETS es participativo, y la equidad está formalmente reconocida como criterio normativo en todas las etapas. La normativa vigente establece su consideración obligatoria en la priorización, evaluación y toma de decisiones, particularmente en intervenciones destinadas a poblaciones en situación de vulnerabilidad (por ejemplo, según nivel socioeconómico, género, edad, ubicación geográfica o condición de discapacidad).

Malasia adopta un enfoque basado en análisis multicriterio (MCDA), en el cual la equidad constituye uno de los ejes de priorización, especialmente en relación con enfermedades poco frecuentes. Asimismo, se la contempla en las instancias de evaluación y decisión, promoviendo la incorporación de la voz de los pacientes.

En **Singapur**, la Agencia de Cuidado Efectivo (ACE) contempla la equidad de forma contingente, particularmente en situaciones donde existen indicios de desigualdad. Aunque su consideración no está estandarizada, puede incluirse mediante análisis de sensibilidad en la evaluación o como criterio en la toma de decisiones, especialmente en intervenciones vinculadas a necesidades médicas no satisfechas.

En **Taiwán**, la equidad es abordada principalmente en la fase de evaluación, a través de descripciones del impacto de las tecnologías en distintos subgrupos. También puede ser considerada en la toma de decisiones, sobre todo cuando se trata de tecnologías orientadas a poblaciones con necesidades no cubiertas.

En **Japón**, si bien la equidad no forma parte explícita de las etapas iniciales del proceso de ETS, se contempla en la toma de decisiones mediante la posibilidad de flexibilizar los umbrales de costo-efectividad en función de características específicas de los beneficiarios.

Indonesia presenta un enfoque cualitativo, en el que se consideran criterios de equidad tanto en la priorización como en la evaluación, el appraisal y la toma de decisiones. Aun sin contar con un sistema de puntuación estructurado, se da prioridad a intervenciones que promuevan el acceso equitativo, en especial en poblaciones rurales o de bajos ingresos, lo cual resulta central dada la complejidad geográfica del país.

Por fuera de los sistemas plenamente establecidos, algunos países se encuentran en etapas iniciales de desarrollo de ETS. En **Brunei**, si bien no existe una agencia ni un proceso formal de evaluación, se ha documentado la inclusión de criterios de equidad en la toma de decisiones cuando se identifican posibles desigualdades.

En **Vietnam**, la equidad fue considerada de manera excepcional durante la pandemia de COVID-19 como criterio para la priorización de temas vinculados a emergencias de salud pública. Sin embargo, esta práctica aún no ha sido formalizada dentro de un proceso sistemático.

Por último, **Camboya y Myanmar** no disponen de procesos institucionalizados de ETS, razón por la cual no se registran instancias de incorporación de la equidad en este tipo de análisis.

En síntesis, el estudio muestra que la consideración de la equidad en los procesos de ETS está ganando terreno en Asia, aunque su implementación varía significativamente entre países. Mientras que en algunos contextos, como Filipinas y Tailandia, la equidad está integrada de manera transversal y normativamente respaldada, en otros su inclusión es más acotada o incipiente. Herramientas como el análisis multicriterio y las evaluaciones económicas informadas por equidad (equity-informative economic evaluations) se están empezando a explorar, aunque su aplicación práctica todavía es limitada. Esta heterogeneidad evidencia la necesidad de avanzar hacia enfoques más sistemáticos, desarrollando capacidades técnicas e institucionales que garanticen que los procesos de ETS contribuyan efectivamente a reducir las desigualdades en salud en la región.

Proponemos desarrollar en profundidad el caso de Filipinas, ya que representa uno de los ejemplos más avanzados y formalizados en la región en cuanto a la integración transversal de la equidad en ETS.

La Guía del Proceso HTA del Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTAC, del inglés *Health Technology Assessment Council*) de Filipinas incorpora de manera transversal el principio de equidad en todas las etapas del proceso de evaluación de tecnologías sanitarias, en concordancia con la Ley de Cobertura Universal de Salud (UHC Act).[34] Esta ley establece que las decisiones sobre qué intervenciones deben ser financiadas por el Estado deben pasar por un proceso de evaluación justo y transparente, en el cual se considera explícitamente la distribución equitativa de beneficios en salud entre todos los sectores de la población, en especial los más vulnerables. La equidad aparece en el documento como uno de los principios generales que rigen todo el proceso. Bajo el principio de inclusividad y atención preferencial a los no atendidos o subatendidos, el HTA debe garantizar la participación de comunidades vulnerables y tener en cuenta el impacto que cada tecnología puede tener en la reducción de desigualdades en salud. Esta perspectiva está presente desde la nominación de temas hasta la recomendación final al Departamento de Salud (DOH) y a la aseguradora pública PhilHealth.

En **Filipinas**, la equidad **guía todo el proceso** de evaluación HTA, desde la priorización de tecnologías —mediante un sistema de puntaje que valora el beneficio para grupos vulnerables— hasta la recomendación final, donde se considera explícitamente el impacto redistributivo. **El enfoque combina análisis cualitativos y cuantitativos** para asegurar decisiones públicas que sean no solo eficientes, sino también socialmente justas.

Durante la etapa de priorización de tecnologías para evaluación, la equidad se incluye como uno de los criterios centrales, tanto para tecnologías nuevas como existentes. En este contexto, se valoran las implicancias éticas, sociales y de equidad de cada tecnología. Esta evaluación

se realiza a través de un sistema de puntuación diseñado para reflejar el grado en que una tecnología puede beneficiar a poblaciones vulnerables. Se otorga un punto por cada grupo vulnerable al que una tecnología podría beneficiar directamente, con un máximo de seis puntos. Los grupos definidos por el HTA son: personas en situación de pobreza o exclusión económica, personas con identidades SOGIE (orientación sexual, identidad y expresión de género), niños y personas mayores, personas en zonas geográficamente aisladas o desfavorecidas, personas con discapacidades, y pueblos indígenas o grupos étnicos marginados. La fuente de esta información puede provenir de literatura científica, registros administrativos, consultas a expertos, y datos de organizaciones no gubernamentales o agencias públicas. Este puntaje luego se incorpora a una matriz de priorización junto con otros criterios como número de usuarios, severidad de la enfermedad, impacto financiero para los hogares y necesidades del sistema nacional de salud. Aunque el documento no establece una ponderación fija para cada criterio, se estima que la equidad puede representar alrededor de un 20% del valor total en la puntuación que determina si una tecnología pasa a evaluación.

En la fase de evaluación técnica, la equidad vuelve a cobrar relevancia a través del análisis ELSIE, que abarca las implicancias éticas, legales, sociales y de equidad. Este componente forma parte obligatoria del informe técnico preparado por los equipos evaluadores. En él se debe analizar si la tecnología mejora el acceso a sectores marginados, tiene potencial para disminuir disparidades estructurales en salud y puede ser implementada de manera inclusiva en distintos niveles del sistema sanitario. Este análisis, aunque cualitativo, debe estar respaldado por evidencia concreta, e influye directamente en la evaluación posterior por parte del Consejo HTA.

En la etapa de recomendación, el HTAC considera un conjunto de criterios entre los cuales está explícitamente mencionado el criterio de equidad bajo la rúbrica de “responsiveness to disease magnitude, severity, and equity”. El Consejo debe deliberar si la tecnología afecta de forma positiva a poblaciones desatendidas, genera un impacto redistributivo favorable y puede ser aplicada en el contexto real del sistema de salud filipino sin generar exclusiones. Si bien no se utiliza una fórmula matemática con pesos fijos, el HTAC debe justificar de manera transparente y documentada cómo cada criterio, incluida la equidad, influyó en la decisión final, ya sea de aprobación, aprobación con restricciones, o rechazo. Además, el proceso incluye mecanismos de consulta pública y apelación, donde cualquier actor puede presentar evidencia adicional, incluyendo argumentos relacionados con la equidad.

El enfoque del HTA filipino va más allá de la eficacia clínica y el análisis económico. La equidad es un componente estructural del proceso, evaluado tanto cualitativamente como de forma cuantitativa mediante un sistema de puntuación claro, y considerado en cada etapa clave. Este modelo permite que las tecnologías financiadas por el Estado no solo sean eficientes, sino también justas y socialmente relevantes, en sintonía con las necesidades reales de toda la población, especialmente de quienes han sido históricamente excluidos del sistema de salud.

4.4 Australia

El **Medical Services Advisory Committee (MSAC) de Australia** incorpora la equidad como un factor explícito dentro de su proceso de toma de decisiones, aunque no lo considera un

dominio técnico evaluado cuantitativamente como la eficacia clínica o la costo-efectividad. La equidad se contempla como una consideración adicional, junto con otros factores como el valor de saber, los aspectos organizativos, éticos y sociales, y la disponibilidad de alternativas efectivas. **Se espera que los informes de evaluación presenten reflexiones explícitas sobre el impacto de la tecnología en la distribución equitativa de los recursos sanitarios** entre diferentes grupos, como aquellos definidos por edad, condición socioeconómica o ubicación geográfica. También se solicita identificar si la tecnología propuesta mejora el acceso en poblaciones desatendidas o contribuye a disminuir desigualdades estructurales.

En **Australia**, el MSAC asigna **valor a una tecnología según si mejora o reduce las desigualdades**, especialmente en poblaciones históricamente excluidas, aunque sin incorporarla como métrica formal en sus modelos de evaluación.

Esta valoración es cualitativa y depende del juicio deliberativo del comité, sin utilizar métricas específicas o fórmulas para ponderar el impacto en equidad. En particular, se considera relevante cuando una tecnología permite acceso a servicios previamente inaccesibles por motivos económicos o geográficos, o cuando atiende necesidades específicas de poblaciones con barreras históricas de acceso, como pueblos originarios o pacientes pediátricos. Aunque la equidad no tiene un peso numérico formal en los modelos de evaluación, se reconoce su importancia como parte del análisis contextual que guía las decisiones del comité.

5. Experiencias de la Región Latinoamericana

Según una **encuesta** realizada por **el grupo de Equidad de Red de Evaluación de Tecnología en Salud de las Américas (RedETSA)** aún no publicada, que reunió respuestas de 39 instituciones de 14 países de la región, el **56% consideró que el impacto potencial en la equidad de las nuevas tecnologías sanitarias debería evaluarse siempre en los informes ETESA** y el **41% expresó que debería evaluarse la mayoría de las veces**. No obstante, este aspecto se aborda con poca frecuencia y de forma poco sistemática: **alrededor de un 11% señaló utilizar herramientas estandarizadas para su análisis**, y el **77% indicó que el personal de sus instituciones cuenta con escasa o nula formación en equidad aplicada a ETS**. Estos resultados evidencian una brecha importante entre el reconocimiento de la relevancia de la equidad y su incorporación efectiva en los procesos de evaluación. Además, actualmente se está llevando adelante una nueva encuesta a nivel internacional impulsada por el grupo de interés en Salud Pública de HTAi, que busca relevar el uso de marcos conceptuales como PROGRESS-Plus en las evaluaciones y explorar cómo distintas instituciones están integrando la equidad en sus prácticas.

5.1 Brasil

La **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)** en Brasil, a través del documento “Diretrizes Metodológicas: Avaliação de Desempenho de Tecnologias em Saúde (AdTS)” **contempla la equidad como uno de los aspectos relevantes para la toma de decisiones**, aunque lo hace de forma cualitativa y transversal, no como un dominio técnico independiente con métodos específicos de evaluación.[35]

La equidad se menciona en el contexto de decisiones de desinversión y reinversión, señalando que éstas deben considerar si el cambio en el financiamiento mantiene o afecta la equidad en el cuidado, por ejemplo, en el acceso de determinados subgrupos de pacientes a una tecnología. Además, se advierte que **las decisiones no deben ser usadas para excluir a las minorías del acceso a tecnologías esenciales**, incluso si el número de beneficiarios es bajo.

En **Brasil**, la CONITEC incorpora la **equidad** como una **consideración ética y social** en decisiones de **desinversión o reinversión**, advirtiendo sobre su impacto en el acceso de poblaciones vulnerables. Aunque se aborda de forma transversal y cualitativa, **no cuenta con un marco metodológico específico** ni criterios de ponderación cuantitativa.

También se reconoce que ciertas tecnologías pueden seguir siendo beneficiosas para subgrupos específicos, lo cual requiere estrategias de restricción bien justificadas, evitando que el proceso afecte negativamente la justicia distributiva del sistema de salud.

En resumen, la equidad es considerada como una dimensión ética y social que debe ser resguardada en las decisiones de continuidad o retiro de tecnologías, especialmente en relación con el acceso por parte de poblaciones vulnerables. Sin embargo, no se presenta un marco metodológico específico para su evaluación ni una forma estructurada de ponderar cuantitativamente.

5.2 Argentina

En Argentina, la **CONETEC** (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica), desarrolló un **marco normativo y procedimental** para evaluar tecnologías sanitarias.[36] El mismo **incorpora la equidad como uno de sus ejes fundamentales**. El país reconoce que uno de los principales desafíos del sistema de salud es garantizar el acceso equitativo a diagnósticos, tratamientos y otras intervenciones sanitarias, especialmente en un contexto fragmentado y segmentado como el argentino, donde existen profundas diferencias entre sectores y regiones.

Argentina, a través de CONETEC, incorpora la **equidad** como principio en su marco normativo y herramientas como el marco de valor. Si bien existen instancias formales de participación y análisis distributivo, **su implementación efectiva aún enfrenta limitaciones** en términos de operatividad y peso real en las decisiones.

La CONETEC busca asegurar que las decisiones sobre incorporación, desinversión, uso, cobertura y financiamiento de tecnologías sanitarias se tomen con base en evidencia científica, pero también considerando dimensiones éticas, sociales y económicas, entre ellas, la equidad. En este sentido, Argentina ha integrado el concepto de equidad en todo el proceso de ETESA, desde la priorización de temas hasta la formulación de recomendaciones.

Uno de los instrumentos clave para esto es el marco de valor, una herramienta que orienta las decisiones de cobertura y que incluye explícitamente el análisis del impacto en la equidad. En cada evaluación, **se analiza si la tecnología puede reducir desigualdades en salud o, por el contrario, ampliarlas**. Además, los representantes del Ministerio de Salud tienen derecho a

veto en este dominio, lo que les permite proteger el interés público si consideran que una tecnología podría perjudicar el acceso equitativo.

Argentina también promueve la participación de múltiples actores del sistema, incluyendo pacientes, cuidadores, sociedades científicas, financiadores y productores de tecnología.

Las organizaciones de la sociedad civil, en particular, tienen un lugar formal en las mesas de trabajo, lo cual garantiza que las perspectivas de quienes viven las desigualdades en carne propia estén presentes en la evaluación.

Asimismo, se establecen mecanismos de consulta pública en distintas etapas del proceso, permitiendo que cualquier persona u organización interesada aporte su visión sobre el acceso, la utilidad y el impacto de las tecnologías en evaluación. Estas consultas son abiertas, gratuitas y se publican en el sitio web institucional.

La CONETEC procura que todos los procedimientos sean transparentes, participativos y trazables, reforzando con ello un enfoque de equidad no solo en el contenido de las decisiones, sino también en la forma en que se toman. En suma, Argentina ha institucionalizado un enfoque de equidad dentro de su sistema de evaluación de tecnologías sanitarias, combinando análisis técnico con justicia social, para orientar políticas que promuevan un acceso más justo y universal a la salud.

REFERENCIAS

1. Pichon-Riviere A, Soto N, Augustovski F, Sampietro-Colom L. Stakeholder involvement in the health technology assessment process in Latin America. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2018 Jan;34(3):248–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462318000302>
2. Pichón-Riviere A, García-Martí S, Oortwijn W, Augustovski F, Sampietro-Colom L. Defining the value of health technologies in Latin America: Developments in value frameworks to inform the allocation of healthcare resources. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2019;35(1):64–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462319000125>
3. Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, Alfie V, Sampietro-Colom L. The link between health technology assessment and decision making for the allocation of health resources in Latin America. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2020 Apr;36(2):173–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462320000033>
4. Espinoza MA, Cabieses B. Equity in health and health technology assessment in Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2014 Jan;142 Suppl 1:S45–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001300008>
5. Barr B, Bambra C, Whitehead M. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001–11: longitudinal ecological study. *BMJ* [Internet]. 2014;348:g3231. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3231>
6. Bilal U, Alazraqui M, Caiaffa WT. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Health* [Internet]. 2019;3(12):e503–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
7. Benkhalti M, Espinoza M, Cookson R. Development of a checklist to guide equity considerations in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2021;37:e17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462320002275>
8. Pichon-Rivière A, Augustovski F, García Martí S. Defining the value of health technologies in Latin America: Developments in value frameworks to inform the allocation of healthcare resources. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2019;35(1):64–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462319000125>
9. Dawkins B, Jeong D, Dawkins R, Kim S. Efficiency versus equity in healthcare resource allocation: a scoping review. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021;9(10):1257. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9101257>
10. Website [Internet]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/261736>
11. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health* [Internet]. 2013 Mar 11 [cited 2025 Jun 2];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23496984/>
12. The World Health Report 2010 [Internet]. World Health Organization; 2012 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
13. Griffiths UK, Cookson R. Distributional cost-effectiveness analysis: integrating equity

- into economic evaluation. *Value Health*. 2025;
14. Love-Koh J, Griffin S, Kataika E. An overview of methods to promote equity in health resource allocation in low- and middle-income countries. *Global Health* [Internet]. 2020;16(1):6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-019-0537-z>
 15. Hacia la cobertura sanitaria universal: conceptos, enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2013 [cited 2025 May 30];87(1):3–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272013000100002&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com
 16. Handbook for conducting assessments of barriers to effective coverage with health services [Internet]. World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094765>
 17. Schlottheuber A, Hosseinpoor AR. Summary Measures of Health Inequality: A Review of Existing Measures and Their Application. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022 Mar 20 [cited 2025 Jun 2];19(6):3697. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8992138/>
 18. Rawls J. *A Theory of Justice*. London, England: Harvard University Press; 1971.
 19. Sen A. *Development as Freedom*. London, England: Oxford University Press; 1999.
 20. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int*. 1991;6(3):217–28.
 21. ICER – Institute for Clinical and Economic Review. *Advancing Health Technology Assessment Methods that Support Health Equity* [Internet]. 2023. Available from: <https://icer.org/report/hta-and-health-equity/>
 22. Tuba S, Yang X, Lorgelly P. Equity in national healthcare economic evaluation guidelines: Essential or extraneous? *Social Science & Medicine* [Internet]. 2024;357:117220. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117220>
 23. Pottie K, Welch V, Morton R, Akl EA, Eslava-Schmalbach JH, Katikireddi V, et al. GRADE equity guidelines 4: considering health equity in GRADE guideline development: evidence to decision process. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2017 Oct;90:84–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.08.001>
 24. EquiNeu. *Planilla Tamiz Provisorio Equidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias* [Internet]. [cited 2025 Jul 2]. Available from: <https://redarets.org/wp-content/uploads/2023/08/EquiNeu-Tamiz-Equidad-en-ETS-1.pdf>
 25. Vista de Banco de leche humana de Neuquén: Evaluación de tecnología sanitaria, análisis de costos y del impacto en la equidad [Internet]. [cited 2025 Jul 2]. Available from: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/49/14>
 26. Espinoza M, Rodríguez C, Cabieses B, editors. *Manual para la participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; Universidad del Desarrollo; 2019.
 27. Panteli D, Eckhardt H, Nolting A, Busse R. From market access to patient access: overview of evidence-based approaches for the reimbursement and pricing of pharmaceuticals in 36 European countries. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2015;13:39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-015-0028-3>

28. González López L, Bonvecchi C, Salvia A. Georreferenciación de las desigualdades sociales en salud: aportes para la evaluación de tecnologías sanitarias con enfoque territorial. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13(53):1–10.
29. Oortwijn W, Sampietro-Colom L, Habens F. Developments in value frameworks to inform the allocation of healthcare resources: a review of the international literature. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2015;31(6):351–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462315000619>
30. Axler R, Reddy A, Husein F, Mittmann N. Equity-focused health technology assessment at CADTH. *cjht* [Internet]. 2023 Oct 18;3(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.51731/cjht.2023.757>
31. Equity in HTA: Exploring Methods and Their Role in Decision-Making [Internet]. NICE National Institute for Health and Care Excellence. [cited 2025 Jun 2]. Available from: https://www.ispor.org/docs/default-source/euro2024/equity-in-htanicekslidesv2.pdf?sfvrsn=c4a011dc_0
32. Modular update to NICE manuals Health inequalities [Internet]. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://www.nice.org.uk/process/pmg36/documents/supporting-documentation-3#:~:text=Previous%20or%20ongoing%20work%20by,more%20widely%20across%20guidance%20programmes>
33. Role of Health Equity in Health Technology Assessment Processes: A Landscape Analysis of 13 Health Systems in Asia. *Value in Health* [Internet]. 2025 Apr 1 [cited 2025 Jun 2];28(4):582–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2025.01.012>
34. Philippine HTA Methods Guide [Internet]. [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://hta.dost.gov.ph/philippine-hta-methods-guide/>
35. Diretrizes Metodológicas [Internet]. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/diretrizes-metodologicas>
36. Documentos técnicos [Internet]. Argentina.gob.ar. 2019 [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec/documentos-tecnicos>
37. Mazumder S, Taneja S, Dube B. Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of infants with low birthweight: a randomized controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2022;399(10340):1721–30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00527-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00527-7)
38. Fottrell E, Kuddus A, Ahmed N. Effect of a community mobilisation intervention on type 2 diabetes incidence and prevalence in Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2024;12(5):330–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00064-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00064-3)
39. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2013 May 18 [cited 2025 Jun 2];381(9879). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23683640/>
40. Yin X, Büyüktaktın IE. A multi-stage stochastic programming approach to epidemic

resource allocation with equity considerations. Health care management science [Internet]. 2021 Sep [cited 2025 Jun 2];24(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33970390/>

41. Arrossi, S., Paolino, M., Sánchez Antelo, V., Thouyaret, L., Kohler, R. E., Cuberli, M., et al. (2022). Effectiveness of an mHealth intervention to increase adherence to triage of HPV DNA positive women who have performed self-collection (the ATICA study): A hybrid type I cluster randomised effectiveness-implementation trial. *The Lancet Regional Health – Americas*, 9, 100199. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100199>

Anexo 1. Ejemplos de intervenciones sensibles a la equidad en salud

Además de los marcos conceptuales y metodológicos, existe evidencia empírica que demuestra que las intervenciones diseñadas con un enfoque sensible a la equidad pueden generar impactos positivos tanto en los **indicadores de salud** como en la **reducción de desigualdades**. A continuación, se presentan **estudios relevantes que documentan este tipo de efectos** en contextos diversos.

En **India**, un ensayo clínico aleatorizado evaluó el impacto de la **promoción del cuidado materno canguro** iniciado en la comunidad sobre la cobertura efectiva en supervivencia de recién nacidos de bajo peso [37]. El estudio incluyó a 8.402 bebés, que fueron asignados aleatoriamente a recibir la intervención o atención estándar. Esta estrategia, basada en contacto piel a piel prolongado y lactancia materna exclusiva, mostró una **reducción del 25% en la mortalidad neonatal** entre los nacidos con peso entre 1.500 y 2.250 gramos. El análisis estratificado reveló que los beneficios fueron más marcados en bebés de los quintiles más pobres, hijos de madres analfabetas y de religiones distintas al hinduismo. La diferencia en el índice de concentración fue de 0,05 (IC95%: -0,07 a 0,17); dado que un valor de 0 indica igualdad perfecta, y el intervalo de confianza incluye este valor, el resultado sugiere que los beneficios estuvieron distribuidos de forma equitativa entre los distintos niveles socioeconómicos, sin evidencia de concentración significativa en los grupos más favorecidos ni en los más desfavorecidos.

En **Bangladesh**, un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados comparó dos estrategias para la prevención de la **diabetes tipo 2 en zonas rurales**: una intervención de movilización comunitaria basada en aprendizaje participativo y acción, y una intervención digital basada en mensajes móviles [38]. Se evaluó la prevalencia y la incidencia de diabetes mediante pruebas de tolerancia oral a la glucosa, estratificadas por edad, género y nivel socioeconómico. **La estrategia comunitaria favoreció el acceso aceptable y efectivo al involucrar a la población en procesos participativos, logrando una reducción la prevalencia de diabetes en un 51%** (RR 0,49; IC95%: 0,28–0,85), con efectos observados en todos los grupos, excepto en los más ricos y los adultos mayores. La **intervención digital mostró beneficios menores**, limitados a adultos jóvenes. El estudio demuestra que las estrategias presenciales y comunitarias tienen mayor capacidad para alcanzar e impactar a los grupos más vulnerables.

En **Nigeria**, un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados con diseño escalonado evaluó un programa de **visitas domiciliarias universales a mujeres embarazadas y sus parejas en Bauchi**.^[39] El estudio incluyó a 15.912 mujeres y documentó mejoras significativas en varios indicadores de salud materna, incluyendo **aumento del conocimiento sobre signos de alarma, reducción del trabajo físico intenso durante el embarazo**, y disminución de complicaciones y sepsis postnatal. Los efectos fueron más pronunciados en mujeres residentes en zonas rurales, pertenecientes a hogares más pobres o sin educación formal. Aunque parte de este resultado puede explicarse por el mayor riesgo basal de estos grupos —lo que genera un mayor impacto absoluto de la intervención—, el diseño del programa contempló explícitamente criterios de inclusión universal y una implementación sensible al contexto comunitario. Por ello, **el estudio sugiere que una estrategia de alcance universal, cuando es diseñada con sensibilidad territorial y social**, puede producir efectos distributivos positivos y contribuir a reducir desigualdades en salud con impactos positivos en la **cobertura de contacto y aceptabilidad**.

Un estudio basado en modelización matemática evaluó la equidad en la asignación de recursos durante **el brote de Ébola en África Occidental**.^[40] A través de un modelo de programación estocástica de múltiples etapas, los autores simularon diferentes escenarios de distribución de recursos limitados, considerando no solo eficiencia sanitaria, sino también métricas de equidad como la capacidad instalada y el riesgo epidemiológico regional, contemplando así la **cobertura de disponibilidad** y la **equidad territorial**. Los resultados mostraron que **estrategias que priorizaban regiones con menor capacidad de respuesta redujeron tanto el número de infecciones como las muertes totales, en comparación con aquellas que distribuían recursos de manera proporcional a la población**.

Finalmente, en **Argentina** (41), la Aplicación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (método ATICA) buscó evaluar el impacto de una **intervención mHealth** en la adherencia al Pap en mujeres con **resultado positivo de Virus de Papiloma Humano**. El seguimiento se realizó en mujeres de **zonas vulneradas de la provincia de Jujuy, que habían realizado autotoma de muestra para VPH**. Además de visitas domiciliarias por parte de trabajadores del sistema de salud, se realizaron **seguimientos telefónicos**. A los 120 días del resultado positivo, el 70,5 % de las mujeres del grupo intervención realizó el triage, en comparación con el 55,1 % del grupo control. A los 60 días, el envío de mensajes de texto mejoró aún más los resultados. La intervención también redujo el tiempo hasta la realización del triage, alcanzándose el 50 % de cobertura alrededor del día 50 en el grupo intervención frente al día 100 en el grupo control.