

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**10 CLAVES PARA QUE LA REGIÓN PUEDA
MEJORAR LA EFICIENCIA DEL GASTO EN SALUD**

Presentado por Diana Pinto y Gianluca Cafagna. Abril 2018

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
<https://www.iadb.org/es/salud> - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



10 CLAVES PARA QUE LA REGIÓN PUEDA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL GASTO EN SALUD

Abril, 2018

Esta transcripción está basada en una presentación que Diana Pinto y Gianluca Cafagna hicieron para CRITERIA el 26 de abril de 2018.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

WEBINAR

10 CLAVES PARA QUE LA REGIÓN PUEDA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL GASTO EN SALUD

Una conversación entre:

Diana Pinto, Especialista líder en salud, del Banco Interamericano de Desarrollo, y **Gianluca Cafagna**, Oficial Asociado en la División de Protección Social y Salud, del Banco Interamericano de Desarrollo

ABR - 26 - 2018 / 11:00AM EST

PUBLIC EXPENDITURE EFFICIENCY IN HEALTH CARE IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

HIGHLIGHTS FROM AN IDB WORKSHOP
ON PUBLIC EXPENDITURE
EFFICIENCY AND OUTCOMES



(Min. 00:05:30)

Diana: Aquí estamos con Gianluca. Ya Jaime nos hizo la introducción de rigor. Estamos muy contentos de poder tener esta conversación que se basa, como mencionó Jaime, en los resultados de un taller que se llevó a cabo en el Banco en Washington, con un grupo de expertos en el tema de eficiencia. El objetivo del taller fue, básicamente, lograr ciertos consensos en términos de definición de eficiencia, cómo se mide, cuáles políticas son relevantes para abordar el problema de ineficiencia en la región y cuáles son los retos, en particular, que han enfrentado algunas de las personas que han tenido que realmente hacer el trabajo de campo e implementar medidas para mejorar la eficiencia. Lo que ustedes van a encontrar en esta publicación del BID es básicamente el resumen de los resultados de este taller, a partir del cual nosotros seleccionamos diez mensajes claves para mejorar la eficiencia en la región. Ustedes pueden ver la publicación completa, que es un texto bastante fácil de

leer. No tiene grandes tecnicismos y provee una buena visión general de los temas que he mencionado que se trataron en el taller.

(Min. 00:08:00)

Gianluca: Muchas gracias, Diana, por la pregunta. Muchas gracias a todos por estar aquí hoy. Hay que decir que la región tuvo mejoras importantes en términos de resultados de salud en los últimos veinte años. Por ejemplo, la expectativa de vida ha pasado de 71 años, en el año 2000, a 75 años, hoy. Y también la mortalidad de niños menores de cinco años se ha reducido en el mismo periodo de tiempo en un 44%. Entonces, la región está progresando bien en términos de resultados de salud. Sin embargo, hay algunos factores que están cambiando el panorama regional de manera importante. Ya sabemos, por ejemplo, que las enfermedades no-transmisibles son la primera causa tanto de morbilidad como de mortalidad y han cambiado el perfil epidemiológico de la región. También tenemos que considerar aspectos importantes en términos de corrupción o que el envejecimiento de la población está aumentando mucho. Todos estos factores determinarán con mucha probabilidad un incremento de la demanda de los servicios de salud que también significa mayores gastos por los sistemas de salud. Pero todos sabemos que los recursos están muy bien invertidos en salud y está muy bien, por ejemplo, que el gasto en salud pública va a crecer mucho en los próximos años. Pero los recursos son limitados, por lo cual ser más eficiente se ha vuelto, como dice un artículo del Fondo Monetario Internacional del 2014, un imperativo para la región. Uno de los mensajes claros de la publicación, que fue escrito por Peter Smith, era que, si no entendemos de qué hablamos exactamente cuando hablamos de eficiencia, es muy difícil poder implementar políticas correctas. Entonces, en este sentido, quería preguntarte, Diana, si nos puedes decir a qué nos referimos exactamente cuando hablamos de eficiencia en el sector salud. ¿Qué tipo de ineficiencias hay en el sector salud?

Eficiencia = obtener los máximos beneficios con los recursos disponibles (productos/insumos)



NO es reducción de costos

EFICIENCIA TÉCNICA

(Min. 00:10:34)

Diana: Esta es una pregunta importantísima y yo creo que entender el concepto de eficiencia es algo fundamental para luego pensar en cómo se mide y qué hay que hacer al respecto. Voy a comenzar con la definición de la eficiencia técnica. Este es el concepto, quizás, más fácil de entender. Si pensamos que un sistema de salud es una función de producción que combina diferentes insumos, ellos pueden ser la financiación, los recursos humanos, la provisión de servicios etc. Para producir un producto que ha sido definido con la idea de que los sistemas de salud deben buscar mejores resultados en salud pero también protección financiera y la satisfacción de las personas. Entonces, si consideramos que en esta función de producción se

combinan los diferentes insumos para llegar a estos resultados, realmente la eficiencia técnica es hacer las cosas bien. Es decir, que logremos esos resultados con el uso mínimo de recursos y de insumos, o sea al costo menor, de tal manera que no vamos a estar usando más de un recurso de lo necesario. Incluso, cuando combinamos varios recursos, y algunos pueden ser sustituidos por otros, hasta cierto punto, ser eficiente desde el punto de vista técnico significa que vamos a escoger la combinación de recursos que nos lleve a ese resultado al menor costo. Así de sencillo. Ahora, la cosa se complica un poco más cuando pensamos en el concepto de eficiencia en la asignación. Y muchas veces ese concepto es referido como hacer las cosas correctas. En salud esto es un reto porque ¿quién nos responde la pregunta de cuáles son las cosas correctas? Si estuviéramos en un mercado competitivo, perfecto, las cosas correctas son las que quieren los usuarios y los consumidores; si nos vamos a poner a hablar en términos económicos, sin embargo, todos sabemos que en salud no necesariamente lo que quieren los usuarios son las cosas correctas, por problemas de información que hay. Muchos usuarios realmente no saben cuál es el tratamiento que se les debería dar para una enfermedad. Algunos pueden ser influenciados por sus propios médicos, por los medios o por la industria. Entonces, ante estos problemas de información, tenemos que encontrar una medida alternativa de qué es hacer las cosas bien. Entonces, esto ya comienza a definir un poco más a qué nos estamos refiriendo por eficiencia en la asignación. De tal manera que, si hemos seleccionado una métrica, por ejemplo, para estados de salud, tal como años de vida salvados, el concepto de eficiencia asignativa se refiere a que queremos lograr ese resultado en salud que dé los máximos beneficios. De tal manera que el concepto del que estamos hablando es un concepto de cuál es el beneficio obtenido por peso invertido. A eso se refiere lo que llamamos obtener el mejor retorno a la inversión y está tras todo el tema de costo-efectividad. Entonces, es importante tomar en cuenta que la eficiencia técnica de por sí tiene muy poco valor, porque podemos estar produciendo las cosas incorrectas y, sin embargo, estar produciéndolas muy bien sin gasto y recursos. Por ello, tener los dos conceptos de la mano es una cosa fundamental. Esto nos lleva al asunto de cómo podemos definir las principales causas de ineficiencia tomando en cuenta estas categorías. Gianluca, ¿tú por qué no nos ilustras un poco al respecto?

DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE INEFICIENCIA

- 01 Medicamentos: subutilización de los genéricos y precios más altos que lo necesario
- 02 Medicamentos: uso de medicamentos falsificados y de calidad inferior
- 03 Medicamentos: uso inapropiado e ineficaz
- 04 Productos y servicios de salud: uso excesivo de equipos y procedimientos
- 05 Personal de salud: mezcla de personal inapropiada o costosa, trabajadores desmotivados
- 06 Servicios de atención de salud: hospitalizaciones innecesarias y duración de la estadia
- 07 Servicios de atención de salud: tamaño inadecuado del hospital, ausencia de perspectiva de red
- 08 Servicios de atención de salud: errores médicos y calidad de atención subóptima
- 09 Fugas en el sistema de salud: desperdicio, corrupción y fraude
- 10 Intervenciones de salud: combinación ineficiente / nivel inapropiado de estrategias

Fuente: OMS 2010. Ponencia Smith



DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE INEFICIENCIA

(Min. 00:16:08)

Gianluca: En esta lámina pueden ver las diez principales causas de ineficiencias en el sector salud. Esas causas fueron seleccionadas por la OMS y fueron presentadas recientemente por Peter Smith. Un primer concepto interesante es ver cómo realmente la ineficiencia se produce en varios sectores de los sistemas de salud. Las primeras tres causas, como ven, están relacionadas con los medicamentos. Un informe reciente de la OMS ha destacado que básicamente uno de cada cinco dólares gastado en salud se gasta en medicamentos. Se gasta mucho, entonces también hay mucho potencial de ineficiencia. Y esos tres casos están conectados con la subutilización de genéricos y precios más altos de lo necesario. Todos sabemos que los genéricos

son productos farmacéuticos que tienen la misma bio-equivalencia, los mismos efectos de los productos de marca, pero usualmente tienen un precio menor. Entonces, generan ganancias en términos de eficiencia. Una segunda causa es el uso de medicamentos falsificados o de calidad inferior. Y una tercera causa es el uso inapropiado o irracional de medicamentos que tiene que ver también con los médicos que, a veces, no alcanzan dar los medicamentos adecuados por el diagnóstico y usan, por ejemplo, más de lo necesario. Por ejemplo, los antibióticos se convierten en un problema de ineficiencia para el sistema de salud. Después hay problemas de ineficiencia relacionados con los productos y los servicios de salud. En este sentido me ha llamado la atención un estudio que se hizo en Estados Unidos de unos casos donde se decía que el 40% del desperdicio en términos de salud estaba conectado con diagnósticos que se hacían cuando realmente no eran necesarios. Otro tema, que es el punto número cinco, es el personal, la eficiencia relacionada con el personal de salud. Por ejemplo, que sean capaces de tener en cada hospital o centro de salud una mezcla adecuada de personal, entre personal médico enfermeros y personal que tenga capacidades gerenciales. Eso de las capacidades gerenciales es un tema que probablemente va a ser importante para la agenda regional en los próximos años. Ha sido importante en Europa principalmente en los años 90. Y el tema acá es, básicamente, que ser un buen médico no necesariamente implica ser un buen gestor. Y para manejar estructuras complejas, como hospitales, es necesario tener buenos gestores, y para tener buenos gestores se necesita capacitar a estos gestores. Creo que aquí hay un espacio para trabajar para la región y es una causa de ineficiencia importante. Después hay que considerar ineficiencias conectadas con los servicios de atención de salud como, por ejemplo, hospitalizaciones innecesarias, la duración de las estancias en los hospitales más alta de la necesaria; [otro aspecto es] el tamaño de los hospitales que no son adecuados a la población porque muchas veces no se considera una perspectiva de la red en el diseño de hospitales y centros de salud, en un contexto donde realmente haya una población que necesita ser atendida. Entonces esas son otras causas importantes. La causa ocho la voy a destacar también, que tiene que ver con los servicios de atención de salud. Hay errores médicos o una calidad de atención sub-óptima, que tienen un efecto sobre la eficiencia. Y después hay un problema importante para la región que es el problema de corrupción y fraude. Concluyo con el punto número diez. Cuando se hacen intervenciones en salud, la ausencia de estrategias claras y de planeación puede llevar al desperdicio de recursos y, entonces, a ineficiencia.

Diana, te quería hacer una pregunta. Ahora que sabemos cuáles son las diez causas principales de ineficiencia, como decía un matemático inglés en el año 1800, todo lo que no se puede medir no se puede realmente mejorar. Entonces, sabemos cuáles son los problemas, pero sería interesante saber algo sobre las técnicas y las metodologías que tenemos para medir la eficiencia en salud.

(Min. 00:21:44)

Diana: Bueno, yo casi pensé que nos ibas a decir del matemático era que lo que no se medía no existe, porque aparentemente esa es la situación en nuestros países. Las medidas que se hacen de eficiencia son mínimas y por ello el tema de medición es definitivamente, para aquellos que están en el área de política, algo fundamental a desarrollar. Yo creo que en nuestra charla la idea no es discutir una cantidad de métodos para medir la eficiencia porque este no es el ámbito para ello. Señalamos que hay, y esto está en las ponencias que están presentes en este libro, una buena descripción de metodologías específicas.

Voy a mencionar, desde el punto de vista muy general, cuáles son las diferentes aproximaciones. En términos de la eficiencia en asignación, la forma típica de medirla se hace a través de análisis comparativos, en los cuales se hacen unas evaluaciones respecto al costo-efectividad de las intervenciones que se pueden estar financiando. Este es un ejemplo de una manera de medir la eficiencia de la asignación. Y tenemos otros tipos de metodología que son comparativas a nivel agregado, del cual lo clásico es el análisis que se conoce por su definición en inglés “Data Envelopment Analysis (DEA)”, en el cual se define una frontera ideal de producción y se analiza, ya sea entre diferentes unidades de producción, como sean países, hospitales o unidades de atención, cómo es el desempeño de los diferentes partícipes de esa población de unidades –si lo queremos llamar así– en cuanto a estar cerca o lejos de esa frontera de eficiencia. Y con eso se sabe quiénes están cumpliendo un buen desempeño y quiénes no. Y retomando tu comentario de que lo que no se mide es difícil tomar acción sobre ello, como parte de los trabajos adicionales en el Banco hicimos un primer intento de llevar a cabo un análisis comparativo en eficiencia en los países en la región. Y nos encontramos con la falta de disponibilidad más increíble de datos, comenzando por el sólo dato de cuánto estaban gastando los países en salud. Entonces, para aquellos que están en el ámbito académico aquí hay unas oportunidades increíbles para recoger mejor información y poder llevar a cabo este tipo de análisis.

Metodologías para medir la eficiencia

DEA / SFA

Benchmarking

Análisis internos de
costos (financiero,
económico)



METODOLOGÍAS PARA MEDIR LA EFICIENCIA

(Min. 00:25:40)

Diana: Entonces, hemos visto que está este tipo de aproximación a nivel agregado, como es el DEA o el benchmarking, que también se relaciona a este tipo de datos comparativos. Y, por ejemplo, en términos de eficiencia técnica, los análisis más típicos son aquellos análisis de costos en los cuales, por ejemplo, tenemos diferentes metodologías como medir costos de los DRGs (Diagnosis- Related Groups), que es algo en que la audiencia puede estar familiarizada. Y bueno, son unos análisis que, si bien tienen unos retos metodológicos importantes, son bastante más fáciles que hacer los que implica medir la eficiencia y la asignación.

Creo que lo que vale la pena recalcar en este tema de medición, y porque no viene al caso, como dije, discutir los indicadores concretos que hay de ineficiencia, es dar unos lineamientos que yo creo que son muy importantes para tomar decisiones respecto a cuándo se quiere medir la eficiencia, cuáles son unos lineamientos que se deben tomar en cuenta. El primero de ellos es identificar quién es el responsable de la ineficiencia y ser muy claro respecto a cuál es la entidad que está siendo evaluada. Hay que acotar muy bien esto porque realmente una buena evaluación depende de conocer hasta dónde es el alcance de la entidad que se está evaluando. Entonces, si es un sistema de salud, estamos hablando de una aproximación diferente a si estamos hablando de un solo hospital.

El segundo lineamiento clave es definir exactamente cuáles son los productos o los “outputs” que se van a medir, cómo se van a definir estos “outputs” y cuál es el valor que le vamos a plantear a cada uno de ellos. En principio, como mencioné, los “outputs” deben ser planteados en términos de las ganancias en salud que se producen. Sin embargo, hay un debate al respecto. Y hay otras medidas adicionales que ahora se están considerando.

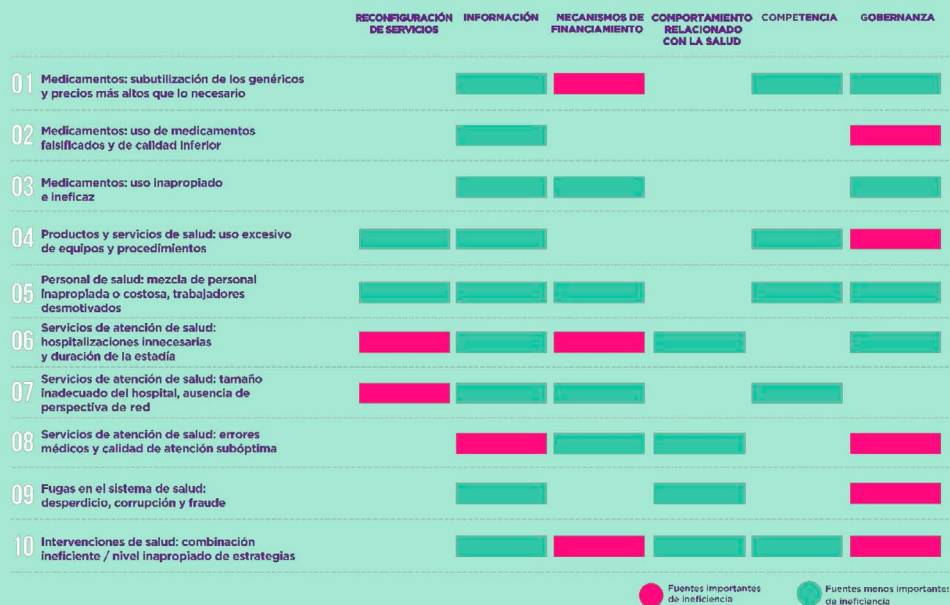
El tercer punto es definir cuáles son los insumos, los “inputs”, para llevar a cabo esos resultados. Esa parte obviamente implica los recursos físicos, los cuales se pueden medir de una forma más objetiva que otros, y el otro aspecto es definir el nivel de desagregación con el cual se quieren medir esos insumos.

Y finalmente no se debe perder la perspectiva de que hay que tomar en cuenta cuáles son los factores externos que influyen en este fenómeno que estamos examinando. Hay una cantidad de factores separados que, por ejemplo, pueden afectar la capacidad organizacional o el ambiente. Es un aspecto fundamental aquí. Y son unos aspectos que están fuera del control de la unidad de producción, si queremos llamarlo así. Entonces este es otro aspecto que en cualquier ejercicio de medición de eficiencia hay que incluir.

(Min. 00:30:09)

Gianluca: Muchas gracias, Diana. Ya tuvimos una conversación sobre qué es eficiencia y cómo se puede medir en el sector salud. Creo que también sería interesante en ese punto hablar de qué políticas tenemos realmente para mejorar la eficiencia en salud en la región. Si nos puedes contar un poco más sobre ese tema, por favor.

Causas de ineficiencia y tipología de políticas para abordarlas



Fuente: Pessino et al. (2018). Ponencia Smith



POLÍTICAS PARA ABORDAR LA INEFICIENCIA

(Min. 00:30:44)

Diana: Bueno, Gianluca ya había mencionado las causas de ineficiencia. Ahora yo quiero añadir a este aspecto de las causas que hay muchas clasificaciones adicionales respecto a donde están las principales ineficiencias en los sistemas de salud. A pesar de que esta fuente de causas de ineficiencias es del 2010, ha sido, de verdad, como un paradigma en términos del pensamiento alrededor de cómo abordar los problemas de ineficiencia desde una perspectiva muy práctica. Me parece importante aclarar que esta no es la única clasificación; sin embargo, yo diría que es bastante usada porque, de acuerdo al estudio original que generó esta tabla, prácticamente el 40% de los recursos en salud se va en los problemas generados por estos diferentes aspectos que ustedes ven aquí.

En términos de la tipología de políticas disponibles para abordar las ineficiencias, el profesor Peter Smith, en su ponencia, nos hizo una clasificación adicional ligando las diferentes categorías de opciones de políticas, que es lo que ustedes ven en las columnas, con las filas que son las causas de ineficiencia. Entonces tenemos unas categorías planteadas por Peter Smith que incluyen las políticas dirigidas a la reconfiguración de servicios, políticas para proveer información, los mecanismos de financiamiento, comportamientos relacionados a la salud, la competencia entre los agentes, y aspectos de política dirigidos a mejorar la gobernanza. Y ustedes pueden ver aquí un mapeo de cuáles de ellas pueden influir en las diferentes causas de ineficiencia. Por ejemplo, vemos que los mecanismos de financiamiento pueden ser bastante útiles para abordar el problema de su utilización de genéricos y precios más altos de lo necesario. O si miramos en otra categoría, digamos la parte del punto 9, las fugas en el sistema de salud, obviamente aquí todas las políticas dirigidas a los aspectos de información, transparencia y de gobernanza, son fundamentales.

Lista larga de ejemplos de políticas pro-eficiencia

ASIGNACIÓN DE FINANCIACIÓN

OPTIMIZACIÓN

PLANES DE BENEFICIOS

ENFOQUE EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MODIFICACIÓN DE INCENTIVOS

LADO DE LA OFERTA

LADO DE LA DEMANDA

INCENTIVOS FISCALES

CO-PAGO

PAGOS A LOS PREVEDORES / REEMBOLSO

IMPUESTOS SOBRE TABACO

USO RACIONAL DE GENÉRICOS

SUBVENCIONES DE VEGETALES

REGULACIÓN DE PRECIOS

COMPRAS CENTRALIZAS

REFORMAS GERENCIALES

MEJORA DE LA TRANSPARENCIA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS

SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO BASADOS EN BENCHMARKING

PLANES DE SUPERVISIÓN

Fuente: Pessino et al. (2018). Ponencia Glassman



EJEMPLOS DE POLÍTICAS

(Min. 00:34:06)

Diana: Entonces, saltando estas categorías y hablando quizás de algunas políticas más específicas, realmente tenemos una lista larga de ejemplos de políticas para abordar la eficiencia. Y lógicamente el reto es adaptar estas diferentes recomendaciones al contexto específico de cada país. Entonces aquí vamos juntando diferentes piezas porque del primer punto del cual vamos a partir es definir cuál es el problema que estamos enfrentando, cómo lo vamos a medir –que es lo que ya hemos mencionado–, y según ello tenemos unas diferentes opciones que podemos escoger. Aquí Amanda Glassman nos hizo una larga lista de posibles políticas, pero para aterrizar un poco las diferentes categorías que hemos mencionado anteriormente, por ejemplo, en cuanto a mejorar la eficiencia de la asignación, una herramienta clave de política

son los planes de beneficios. Y me encanta poder mencionar esto porque esta es una de las razones de ser de la red CRITERIA. Y si hay alguien nuevo en esta Red los invitamos a que lean todos nuestros diferentes recursos que tenemos para el diseño de planes de beneficios. Pero sin duda esta es una de las políticas que es la espina dorsal de cualquier sistema de salud. Y lo que definamos qué se cubre y qué no se cubre con recursos públicos a partir de evaluaciones de tecnologías y de costo-efectividad, sin duda, va a ser un determinante importante de la eficiencia en la asignación. Por otro lado, por ejemplo, tenemos políticas de modificación de incentivos, todo lo que tiene que ver con pagos por resultados, como políticas para mejorar la eficiencia. Aquí hay un conjunto de ejemplos proporcionados por Amanda Glassman. Del lado de la oferta tenemos incentivos fiscales, pagos a los proveedores, uso racional de genéricos, regulación de precios, compras centralizadas. Y por el lado de la demanda los aspectos de copago, otro ejemplo es el impuesto al tabaco o subvenciones por ejemplo para tener vegetales en los supermercados. Y bueno, tú Gianluca, mencionaste el aspecto de reformas gerenciales y de mejor manejo. Y finalmente tenemos todos los aspectos de mejora de la transparencia y rendición de cuentas. En la medida que haya mejor información este podría ser un aspecto clave para abordar los problemas mencionados de fugas por corrupción que es un problema bastante grave en nuestro país.

Ahora, ya que hemos mencionado esta lista larga de ejemplos de política, Gianluca, yo creo que Bitran mencionó algunas trampas en las cuales podemos caer, o quizás algunos mitos respecto a las políticas, que yo creo que sería importante mencionar para acotar un poco cuáles son las opciones que realmente debemos considerar o qué debemos tener en cuenta considerando todas estas opciones que están disponibles.

(Min. 00:38:22)

Gianluca: Sí, gracias, Diana. De hecho, estuve leyendo los comentarios y leí un comentario de Mario Tristán, si no me equivoco, donde decía algo muy parecido a lo que dijo Bitran y que comparto yo también personalmente. Muchas veces los consultores, hasta los académicos y los tomadores de decisiones, proponen un listado de políticas para mejorar la eficiencia que, en muchos casos, son correctas; por ejemplo, invertir la pensión primaria o incluir el sector privado y desarrollar las relaciones públicas-privadas. Pero, aunque en muchos casos las políticas realmente son correctas, nos olvidamos de considerar el contexto. El contexto es realmente

una variable fundamental. Y Bitran ha destacado la importancia de considerar tanto el contexto específico como –y ahí va el comentario de Tristán– las evidencias que tenemos sobre cada política de eficiencia. El tema es que no sólo es si es eficiente o no es eficiente, el tema es a qué costo tiene realmente la intervención, en cuántos años vamos a tener resultados por esta intervención. Y ha dicho que muchas veces se generan mitos en términos de ineficiencia. Por ejemplo, un mito que ha destacado Bitran es sobre favorecer la contratación de proveedores privados en el sistema de salud. El mito de la eficiencia en este caso es que contratar a los privados incrementa básicamente la competencia y entonces genera mejoras de eficiencia en el sector público. Una revisión de la literatura de autores de Harvard en realidad ha destacado que eso puede pasar o no puede pasar dependiendo obviamente del contexto institucional y de las características de los sistemas de salud de cada país. Sin embargo, lo cierto es que no se puede considerar como una política de ineficiencia universal, para contestar a tu pregunta, Diana.

(Min. 00:40:48)

Diana: Gracias, Gianluca. Yo creo que valdría la pena que terminemos esta conversación usando un ejemplo específico y además también aprovechando que tenemos como una conexión a la red CRITERIA y otra iniciativa muy importante que se llama DIME. Y los invitamos a que también exploren esta red que son decisiones informadas de medicamentos de alto costo donde tenemos datos comparativos de qué están haciendo un conjunto de países en la región en cuanto a políticas farmacéuticas y cuáles son los precios y diferentes niveles de cobertura para un conjunto de medicamentos que tienen un alto impacto financiero. Gianluca, ¿por qué no nos cuentas un poco qué está pasando en este ámbito de política farmacéutica, que de hecho probablemente es uno de los aspectos en los cuales las medidas para mejorar la eficiencia podrían tener un mayor impacto en toda nuestra región?

Causas de ineficiencia	Claves	Países							
		Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	México	Perú	República Dominicana
Precios más altos de lo necesario	Regulación de precios	X	✓	X	✓	✓	X	X	X
	Mecanismos para la negociación / compra centralizada	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Base de datos gubernamental para consulta de precios	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X
Subutilización de los genéricos	Incentivos para la producción o registro de genéricos	X	✓	X	✓	✓	✓	X	X
Uso Irracional	Incentivos para la prescripción racional	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mecanismos de detección y notificación de uso irracional de medicamentos	X	✓	X	X	X	X	X	X
	Uso de internacional non-proprietary names (INN) para prescripción, etiquetado y comercialización	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

POLÍTICAS DE PAÍSES LATINOAMERICANOS

(Min. 00:42:14)

Gianluca: Sí, gracias. En esta lamina básicamente se destacan en la primera columna, como pueden ver, las causas de ineficiencia relacionadas con los medicamentos, precios más altos de lo necesario, sub-utilización de los genéricos y uso irracional de medicamentos. Después hay unas claves, o sea unas políticas que tienen evidencia científica que funcionan en el sentido de que hay mejoras en el término de eficiencia. Y hay ocho países de América Latina y el Caribe que son Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y República Dominicana. Estos ocho países son parte de un proyecto de un bien público, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, que se llama DIME, Decisiones Informadas sobre Medicamentos de Alto Impacto Financiero. El proyecto colecta información sobre la cobertura, los precios

y el análisis de costo-eficiencia sobre medicamentos que tienen altos impactos en términos financieros y entonces en términos de eficiencia. Es interesante para mí ver qué países están aplicando políticas y cómo. Por ejemplo, una política clave para disminuir los precios es regularlo. Y en este sentido Colombia, Ecuador y El Salvador están aplicando, como política, un precio internacional de referencia. Entonces, para definir el precio de los medicamentos a nivel nacional, se consideran los precios de los demás países. Interesante es el caso de Colombia que hace una comparación entre diecisiete países y escoge realmente el precio del percentil 25 más bajo. Los países DIME lo están haciendo muy bien, como pueden ver en términos de mecanismos para negociación y compra centralizada. Obviamente da más peso en la negociación y permite reducir los precios de la compra. Y algunos países ya tienen bases de datos gubernamentales para las consultas de precios.

Otro tema interesante es el tema de los incentivos para la producción y el registro de genéricos. Aquí vemos que, en particular países que tienen incentivos para el registro de genéricas a través de procesos más rápidos, son Colombia, Ecuador y El Salvador. Y también algunos países de estos tienen incentivos para la producción de los genéricos; por ejemplo, en el caso de El Salvador se financian algunas empresas que quieren invertir en recursos tecnológicos para la producción de genéricos. Donde estos países, por lo menos, no lo están haciendo muy bien es en el tema del uso irracional. Vemos que ningún país está implementando incentivos para la prescripción racional que vayan a tener un impacto real directamente sobre los médicos o las farmacias. En este sentido, sería interesante mirar un ejemplo de un país que no tiene PIB muy alto, como Hungría. En este país se dan incentivos financieros a los médicos y a las farmacias si realmente venden los productos farmacéuticos que tienen menores precios. Entonces esa es una opción de política donde los países DIME podrían mejorar, así como los mecanismos de detección y notificación de uso irracional de medicamentos. Ahí vemos que sólo Colombia ha aplicado recientemente una plataforma online y esa plataforma permite detectar el uso irracional de medicamentos y permite el reembolso a los médicos, sólo si ellos realmente consiguen brindar evidencia de beneficios en términos clínicos. Quiero destacar que esta plataforma permite evidenciar cuando hay una utilización “off label” de los medicamentos. Por el otro lado el uso de “International non-proprietary names” todos los países lo están haciendo. Esos son básicamente los nombres que están asociados con las sustancias farmacéuticas y que son reconocidas a nivel mundial. Eso determina que haya un estándar de calidad garantizado

y entonces se mejora la calidad de los medicamentos. Aquí ya todos los países lo están implementando. Esta era básicamente una visión general sobre políticas que tienen beneficios en términos de eficiencia y sobre los países que realmente las están implementando entre los países DIME.

Yo diría que la conversación entre nosotros, Diana, se acaba aquí. Si alguien nos quiere hacer unas preguntas estamos felices de contestarlas. ¿No sé si quieres añadir algo, Diana?

(Min. 00:48:04)

Diana: Yo diría que la conversación se acaba, por ahora, pero nosotros seguimos conversando. Porque este es un tema que definitivamente tenemos que seguir impulsando en la región. Como ustedes ven hay muchos retos pero también hay muchas oportunidades de hacer trabajos y comenzar a medir la eficiencia. Yo diría que ese es el mensaje principal que queremos dar con esta primera charla, y es que hay que hacer un verdadero esfuerzo por comenzar a tener indicadores de ineficiencia para poder tomar acciones porque el resto estamos trabajando a ciegas.

Agradecemos a nuestra audiencia por su tiempo y vamos entonces a las preguntas.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Min. 00:48:56)

Pregunta de Jaime:

Muchas gracias, Diana y Gianluca, por esta excelente presentación. Creo que la claridad con la que han explicado los conceptos es muy importante para los que estuvimos escuchando y todos los participantes, que eventualmente van a poder bajar esta presentación en la página de la red CRITERIA. Entre los temas principales que hemos conversado el día de hoy, básicamente se hicieron unas definiciones sobre a qué nos referimos desde el punto de vista de la eficiencia técnica y la eficiencia de la asignación que han aclarado que cuando uno haga análisis de eficiencia tiene que combinar ambos conceptos. Luego pasamos a explicar las diez causas de ineficiencia en salud. Luego Diana nos hizo una explicación de cómo se hace la medición de la ineficiencia con algunas técnicas y, finalmente, pudimos hacer un análisis de causas versus políticas distintas que se pueden adoptar para algunas mejoras en eficiencia en los países. Y finalmente concluimos con unos análisis que se hacen por parte del IME, que también tenemos en el BID, en donde se hace una revisión de los medicamentos y de las políticas que hay para poder también abordar temas de eficiencia en la región y qué países han adoptado unas políticas versus otras.

Les agradecemos mucho por esta explicación. Voy a referirme a algunas preguntas que han hecho algunos de los participantes, agradeciéndole mucho a la gente de Venezuela, Honduras, Argentina, Republica Dominicana, Perú, El Salvador y Colombia que nos están acompañando. Seguramente ya se han ingresado otras personas de otros países.

Básicamente la primera pregunta que surge, que me parece interesante, es ¿cómo abordar el uso excesivo de los programas verticales de salud, que muchas veces afectan la eficiencia del sistema? Un ejemplo típico es el caso es del programa de malaria en Colombia, que se captó de manera muy vertical y no necesariamente hizo una buena interrelación con el sistema de salud en Colombia. ¿Qué opinan ustedes de estos programas verticales y sus efectos sobre la eficiencia?

Respuesta de Diana:

Mi primera pregunta es ¿cuál es la ineficiencia desde la perspectiva de la persona que hace la pregunta que es generada por los programas verticales? Realmente, desde mi punto de vista, una posible ineficiencia que podría surgir es que puede ser un instrumento que puede cumplir o no puede cumplir con lograr eficiencia, porque probablemente centralizar las acciones de malaria, o de otro tipo de condiciones, en un programa vertical especializado puede garantizar que las cosas se hagan de una

forma estándar y desde el punto de vista de eficiencia técnica podría ser, más bien, bastante efectivo. Y de hecho hay algunas enfermedades que se recomienda tratar, por decirlo así, en centros de excelencia. Creo que un típico ejemplo son las cirugías cardíacas, que lo ideal es centralizar eso en un sólo proveedor que tenga la experiencia y que combine los insumos. Así que no me queda muy claro cuál podría ser el problema de ineficiencia concretamente.

(Min. 00:53:32)

Pregunta de Jaime:

El problema de eficiencia, al cual se refiere la pregunta, es específicamente duplicidades en costos de transacción.

Respuesta de Diana:

Bueno, si el programa no está conectado con el programa, o sea si hay otras acciones que se llevan a cabo de forma privada o que no haya una articulación, pues claro eso genera duplicaciones e ineficiencia técnica. Pero quizás habría que pensar en un ejemplo muy concreto y ver qué tanto se pueda generalizar que esta sea la situación de los programas verticales.

(Min. 00:54:20)

Pregunta de Jaime:

Bueno, Diana y Gianluca, hay otra pregunta que nos están haciendo, relacionada con las bases de datos y los registros clínicos electrónicos. Dice: a lo largo de los últimos años se ha discutido sobre la disminución en los costos a través del correcto diagnóstico del paciente mediante la recopilación de los datos a lo largo de la vida del individuo, mejorando la eficacia de los diagnósticos. Para ello, es necesario contar con bases de datos que se puedan transferir a lo largo del sistema de salud y registren los procedimientos que se han efectuado en cada persona. ¿Qué está haciendo el BID con relación a la homologación de datos en los sistemas de salud?

Respuesta de Gianluca:

Sí, muchas gracias por esa pregunta que realmente es muy relevante para la región y de hecho ha entrado recién como una de las prioridades de nuestra división de Protección Social y Salud. Lamentablemente en la región, muchas veces, todavía la información clínica no está en formato digital, si es que la hay. Porque en algunos casos no hay información y la información está colectada en papeles. Entonces, la idea del Banco es posicionarse y tratar de empujar la agenda sobre el desarrollo de registros electrónicos en varios países de la región (electronic health

records). Estamos primero explorando cuáles son las mejores prácticas en este sentido tanto a nivel regional como a internacional. Seguramente una prioridad para el BID es apoyar a los países en el desarrollo de los registros sanitarios electrónicos.

(Min. 00:56:12)

Pregunta de Jaime:

Muchas gracias, Gianluca. Otra pregunta está relacionada con la cultura sanitaria. Nos dice la persona que hay que cambiar la definición de eficiencia sanitaria, en función de los cambios en la cultura sanitaria. En este sentido, hay que rediseñar los indicadores y metodología para medir la eficiencia. ¿Qué opinan ustedes con respecto a esta relación entre cultura sanitaria y la eficiencia?

Respuesta de Diana:

¿Podría la persona que hace la pregunta aclarar a qué se refiere por cultura sanitaria, y mientras que lo hace pasemos a otra pregunta?

(Min. 00:56:49)

Pregunta de Jaime:

De acuerdo. Nos hacen también una consulta con respecto a si existe alguna metodología internacional estandarizada para medir la eficiencia que se esté aplicando por parte de los organismos internacionales.

Respuesta de Gianluca:

Sí, realmente para medir eficiencia depende a qué nivel medimos la eficiencia. Tengo entendido que la pregunta está relacionada al nivel de sistemas de salud. Realmente la metodología más utilizada es la que ha presentado Diana anteriormente que se llama DEA (Data Envelopment Analysis). No había, y eso nos sorprendió, un análisis de este tipo, un análisis comparativo de la eficiencia en los países de América Latina y el Caribe. Entonces, en este sentido estamos trabajando en eso. Creo que en agosto o en septiembre va a salir una publicación como parte del libro “Development in the Americas” del Banco interamericano de Desarrollo. Y parte de esta publicación será realmente un primer análisis comparativo entre todos los países de América Latina y el Caribe. Y ahí también trataremos de identificar cuáles son los determinantes en términos institucionales, sobre todo en términos de gobernanza, que pueden explicar resultados distintos en términos de eficiencia de países de América Latina y el Caribe.

Respuesta de Diana:

Yo creo que lo que se puede es que después de que terminemos el webinar, y como esto queda registrado es bueno acceder a él nuevamente, vamos a añadir algunos recursos adicionales que están disponibles libremente, en especial de los trabajos realizados por la OECD, en los cuales hay una cantidad de manuales de cómo medir la eficiencia y cuáles son los retos. Es decir, podemos complementar muchas de la información que hemos estado discutiendo aquí con unas referencias concretas que pueden ser muy útiles. ¿Y por qué no volvemos a la pregunta de la cultura?

(Min. 00:59:23)

Pregunta de Jaime:

Mira, creo que no hicieron el follow-up de la pregunta. Hay otra pregunta relacionada que es cómo involucrar a los usuarios y a los ciudadanos. ¿Cómo hacer para que los usuarios y ciudadanos también participen para definir cómo mejorar la eficiencia en el sistema de salud? Pero no hubo un follow-up específico sobre la pregunta de cultura.

Respuesta de Diana:

La integración de los usuarios y ciudadanos, y pues Gianluca me complementa, es fundamental acá porque los ciudadanos vivimos en una fuente de ineficiencia. El mejor ejemplo que podemos dar son las personas que no adhieren al tratamiento médico. Les estamos dando el tratamiento correcto partiendo de esa premisa, pero si consideramos a la persona como parte de esta función de producción de un buen desenlace de salud y no se está tomando su medicamento como debe ser, los insumos que estamos juntando para llegar a este resultado no son los ideales. Entonces hay muchas acciones que generan ineficiencias que son responsabilidades del ciudadano sobre los cuales se puede intervenir. Hay algunos “insights” al respecto en la publicación que les estamos mencionando. Gianluca, ¿tú quisieras complementar?

Respuesta de Gianluca:

Sí, quería destacar que, obviamente, más que la definición de eficiencia, en cómo se mide la eficiencia, los cambios de cultura tienen un impacto importante. Por ejemplo, en las capacidades de gestión por parte de los gerentes de hospitales, y también de centros de atención de salud primaria, medir estas capacidades a través de indicadores oportunos es importante y refleja un cambio cultural que no ve solamente la personalidad de los médicos pero también de

los médicos gerentes. Ese es un ejemplo. El ejemplo de “electronic health records” es otro. Entonces, es importante empezar a medir qué tanto se están desarrollando a nivel de hospitales mecanismos que permiten interoperabilidad entre los hospitales y los centros de atención primaria.

Aquí leyendo los comentarios comparto por ejemplo el comentario de Fernando, si no me equivoco, que destacaba que la importancia de los sistemas del nivel primario de atención y que los países deberían invertir más en el primer nivel de atención. Otro tema que se ha destacado en los comentarios, y que también es relevante, es la fragmentación de los sistemas de salud, que se caracterizan mucho según la región, entre político, privado y social, que obviamente también tienen un impacto a nivel macro en términos de eficiencia. Entonces me parecen comentarios muy interesantes realmente.

Diana:

Bueno, Jaime, yo creo que tomamos una pregunta más y concluimos.

(Min. 01:02:57)

Pregunta de Jaime:

De acuerdo. Gianluca me puso la palabra en la boca porque la pregunta que les iba a hacer era ¿cómo afectan los sistemas segmentados y fragmentados la eficiencia de un sistema? No sé si quieren profundizar un poco más en esa pregunta.

Diana:

Gianluca, ¿tú que le quitaste la palabra a Jaime, por qué no sigues?

Respuesta de Gianluca:

Sí, como lo decía, la mayoría de los sistemas de salud de América Latina están fragmentados. Entonces el sistema público tendría que coordinarse más con el sistema privado y el sistema social. Y eso generaría unas ganancias importantes en términos de eficiencia. Lo que sí es cierto, y lo que he destacado antes, es que la presencia de los proveedores privados, más allá de la financiación, no necesariamente un incremento de la competencia y entonces de la eficiencia del sector público. Creo que la financiación es un tema que definitivamente tiene un impacto sobre la eficiencia. Sin embargo, no hay una receta para la financiación correcta. Mucho depende del

contexto. Lo que está claro es que la evidencia nos dice que sistemas que invierten mucho en los sistemas de salud pública usualmente también suelen ser los más eficientes. Entonces, lo que parece ser es que la inversión pública es la que paga más.

(Min. 01:04:50)

Diana:

Y yo creo que para ambientar un poco algunas de las conversaciones adicionales que vamos a tener, el aspecto de fragmentación también plantea un tema clave que es el del desperdicio. El desperdicio no necesariamente es eficiencia o ineficiencia. Es un sub-componente de ser eficiente, entonces hay que diferenciar un poco los conceptos, pero sin duda el concepto de fragmentación podríamos llamarlo como una de las principales causas de desperdicio de los sistemas.

