



TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**FORTALECIENDO LA GOBERNANZA DE LOS
SISTEMAS DE SALUD. MEJORES
POLÍTICAS, MEJORES DESEMPEÑOS**

Presentado por Josep Figueras. Enero 2018

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/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.



FORTALECIENDO LA GOBERNANZA DE LOS SISTEMAS DE SALUD. MEJORES POLÍTICAS, MEJORES DESEMPEÑOS

Enero, 2018

La siguiente transcripción es del seminario en línea que presentó **Josep Figueras**, Director del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, a la Red Critería, el 22 de enero de 2018.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

Strengthening Health Systems Governance: the TAPIC Framework Reflections for CRITERIA



22 January 2018
Josep Figueras
Scott Greer
Matthias Wismar

European
Observatory 
on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

(Min. 00:04:17)

El objetivo del Webinar, como muy bien ha dicho Martín, es hablar del refortalecimiento de la gobernanza. Yo quería proponerles este marco, lo que llamamos el TAPIC, como base de discusión y como base para hacer unas reflexiones sobre la aplicación de la gobernanza, sobre todo en su campo, en el campo de CRITERIA. Es decir, estaba mirando un poquito el trabajo que están ustedes haciendo y he pensado cómo podíamos utilizar este marco, cómo podíamos utilizar estos aprendizajes de nuestro trabajo sobre gobernanza más dirigidos a su área de interés. Aun así, hablar de gobernanza y hablar de gobernanza en el mundo de la (selección) de prioridades, de la financiación etc., es un tema amplísimo. Por tanto, me concentraré en dar pinceladas, como he dicho, en focalizarme en aquellas áreas que quizás sean más interesantes, más relevantes, más actuales, donde la experiencia en nuestra región europea puede ser de

más interés para ustedes. Es decir, obviamente no voy a poder hacer un detalle comprensivo y detallado de gobernanza en el mundo que a ustedes les interesa. A ver qué les parece.

Primero que todo, como he dicho a Martín hace unos minutos también, hay muchas transparencias, muchas diapositivas. No se preocupen, las tengo aquí. Las compartiré con ustedes después, primero. Y segundo, las tengo aquí más que nada para cuando haya algunas preguntas que sean de más interés en ciertas áreas, y pueda utilizar las diapositivas para ilustrarlas mejor.



Outline

1. But... What is Governance
2. TAPIC Framework to assess and address Governance
3. Reflections on strategies for CRITERIA
 - Transparency
 - Accountability
 - Participation
 - Integrity
 - Capacity

www.healthobservatory.eu

(Min. 00:05:52)

En esta diapositiva tienen lo que sería el “outline”. Primero es: pero esto de la gobernanza, ¿qué es? La segunda parte se focalizará en lo que les decía de este marco, del que yo y Martín hemos hablado, que nos sirve como diagnóstico y nos sirve también como manera de organizar y poner lugar a las estrategias para mejorar la gobernanza. Y finalmente, como les decía, vemos reflexiones que espero que sean de interés para el trabajo de CRITERIA y alrededor de estas cuatro dimensiones de gobernanza: transparencia/ “accountability”, participación, integridad y capacidad.



But.... What is Governance? *Isn't it self evident?*



www.healthobservatory.eu

Source: A Lorenzetti (1339) From E Ziglio

QUÉ ES LA GOBERNANZA

(Min. 00:06:33)

Pero esto de la gobernanza, ¿qué es?

Bueno, algunos dirían que es auto evidente. Si uno va a la antigüedad, a finales de la Edad Media y al principio del Renacimiento, ya vemos que las pinturas de Lorenzetti nos dicen muy claramente que él hablaba del buen gobierno. Y está muy claro cómo este líder ilustrado está gobernando a su pueblo y lo felices que están todos en la plaza del pueblo bailando, en los campos bajo de la vigilancia de los señores nobles, y todos los agricultores trabajando contentos y felices para ellos. Es el buen gobierno. De la misma manera, el mal gobierno también está claro.

Fíjense ustedes, el mal gobernante, cómo la gente se le muere, las guerras etc. El buen gobierno y el mal gobierno están muy claros. Si vamos a una cosa un poco más sofisticada [Interrupción debido a que no se veían las diapositivas].

(Min. 00:06:33)

Bueno, allí está el “outline”, como os decía, con las tres partes de mi presentación. Segundo, aquí estaban las pinturas de Lorenzetti del siglo XIV, que reflejan claramente lo que es el buen gobierno. Es decir, no hace falta tener una presentación mía durante cuarenta minutos.



But.... What is Governance? *Isn't it self evident?*



www.healthobservatory.eu

Source: A Lorenzetti (1339) From E Ziglio

MAL GOBIERNO

(Min. 00:08:21)

Está muy claro qué es el buen gobierno y lo que es el mal gobierno, ¿verdad? Ahí está este gobernante menos ilustrado que está utilizando el gobierno para, de alguna manera, aprovecharse del mismo: guerra, enfermedades etc. Quizás un poquito más sofisticado, si se puede llamar a Machiavelli sofisticado, aunque en principio sigue siendo una de las bases de la ciencia política. Es interesante ver un poquito cómo lo enfocaba él. Decía que la gobernanza está simplemente determinada por las virtudes, las calidades y las características del príncipe o del gobernante. Lo que es bastante interesante también es que, para él, no se trataba de ser amoral o no ético. Simplemente la moral no importa, decía él, si se consigue que el príncipe pueda

sostener su reino. Es decir, la honestidad está por debajo de la estabilidad del reino. Por tanto, el príncipe puede también incurrir en temas éticos o de mala ética o de mala moral.



But.... What is Governance? *A Political theory?*



- Good governance is determined by the personal virtues, qualities and characteristics of the Prince.
- *“It is necessary for a prince to hold his own to know how to do wrong” He has to be willing to set aside ethical concerns of justice and honesty to maintain the stability of the state.*



But.... What is Governance? A Pragmatic Theory?



www.healthobservatory.eu

GOBERNANZA – TEORÍA

(Min. 00:09:32)

Vamos a continuar. Una teoría muy pragmática, la que entenderemos todos, es la que pregunta este nieto a su abuelo. Y esto de gobernar ¿qué es? Y bueno, el abuelo dice: “tratar de impedir que gobiernen los otros”. Pero vamos un poquito más adelante. Nosotros nos animamos a hacer este trabajo, fíjense ustedes, a estudiar el tema de la gobernanza, porque siendo un análisis –y quizás no se ve muy bien en sus pantallas, no lo sé– de todas las definiciones de gobernanza nos dimos cuenta de que la gobernanza se define de muchísimas maneras. Y cuando alguien define algo de muchas maneras no se define con nada. Aquí pueden ver que se define por valores, se define por funciones y se define por resultados.



But... What is Governance? Values, Sub-functions & Outcomes

Dimensions of governance	Authors chronologically																			
	UNDP (1997) [18]	World Bank (1999) [20]	WHO (2000)* [3]	Travis et al. (2002)* [6]	Islam (2007) [21]	WHO (2007) [4]	WHO/EURO (2008)* [8]	Siddiqi et al. (2009) [14]	Lewis & Pettersson (2009) [22]	Savedoff (2009) [23]	Mikkelsen-Lopez et al. (2011) [2]	HealthGovMonitor (2011) [37]	Baez-Camargo & Jacobs (2011) [12]	Kelbush & Gleicher (2012) [10]	Council of Europe (2012) [24]	Smith et al. (2012) [39]	Wendt (2012) [58]	Kaplan et al. (2013) [43]	MSH (2013) [45]	
Fundamental values																				
Control of corruption																				
Democracy																				
Human rights																				
Ethics and integrity																				
Conflict prevention																				
Public good																				
Rule of law																				
Sub-functions																				
Accountability																				
Partnerships																				
Formulating policy/strategic direction																				
Generating information/intelligence																				
Operational adequacy/sustainability																				
Efficiency																				
Equity																				
Quality																				
Responsiveness																				
Sustainability																				
Financial and social risk protection																				
Improved health																				

Note: A shaded box is used to identify the explicit reference to a given element in the work of the corresponding author(s). The three groupings applied (fundamental values; sub-functions; outcomes) are the authors' own and therefore may not be explicitly used to characterize dimensions in the respective works.
*Refer to health stewardship.

www.healthobservatory.eu

Source: Greer S; Wismar M; Figueras J. 2016

7

E. Barbazona, J.E. Tello / Health Policy 116 (2014) 1–11

GOBERNANZA

(Min. 00:10:10)

Fíjense ustedes que luego lo que hicimos fue una revisión exhaustiva de las distintas definiciones, sean las del Banco, sean las de la ONU, sean las de varios expertos y vemos, en la negrita ahí, que tienen ustedes una variedad enorme de definiciones y de conceptos que se incluyen en gobernanza. Nosotros pensamos que el debate de la gobernanza se hacía en muchas ocasiones a nivel mucho de valores, menos a nivel de las funciones y atributos y menos todavía a través del impacto de la gobernanza. Es decir, pensamos que no debemos pensar en la gobernanza como una serie de debates teóricos sobre valores, sino sobre atributos y estrategias muy concretos para mejorar la gobernanza.



But.... What is Governance? *A basic definition*

- *“The actions and means adopted by a society to promote collective action and deliver collective solutions in pursuit of common goals”*
- *“How societies make and implement collective decisions”*
- Key to **UHC, SDGs** and improving Health Systems **Performance**
- Governance vs **Resilience**: Poor governance reduces adaptive, learning and response capacities of systems

www.healthobservatory.eu *Source: Dodgeson, 2002; Greer S; Wismar M; Figueras J. 2016*

DEFINICIÓN GOBERNANZA

(Min. 00:11:00)

Y de la misma manera, en esta diapositiva, pueden ver que decidimos definir o adoptar una definición que es la más básica de todas. Cómo las sociedades pueden hacer e implementar decisiones de forma colectiva. Ahí es lo más básico de gobernanza. Sabemos perfectamente que la gobernanza ahora es fundamental en muchas de las áreas que a ustedes les interesan, sin duda alguna para la mejora de desempeño para la cobertura universal y para los SDGs (Sustainable Development Goals). Es interesante también que este debate que tenemos ahora en todas partes de Europa de forma muy importante es el tema de resiliencia. Tiene una relación muy directa con la gobernanza. Es decir, es interesante verlo. Hemos trabajado con la OCDE

y el Observatorio en una serie de análisis de sistemas y desempeños de países y evaluamos a estos países en función de tres áreas. Uno sería el acceso, el otro sería (...), bueno el tercero es el más importante, no voy a entrar en detalle de cómo evaluamos, es la resiliencia. Fíjense ustedes que gobernanza y resiliencia en estos momentos casi se confunden. Es decir, sabemos que la gobernanza pobre/la mala gobernanza reduce la capacidad de adaptarse, de aprender y de responder los sistemas sanitarios a lo que son crisis y a lo que son los nuevos desafíos. Es decir, hemos visto, hemos evaluado, hemos analizado, cómo en momentos de crisis aquellos países que tenían mejores sistemas de gobernanza han sido capaces de aprovechar la crisis para más transparencia, para más “accountability”, para más participación, y han logrado utilizar la crisis como un mecanismo de hacer cambios importantes. Es decir, la habilidad de responder de resiliencia a estas crisis, que es lo que es la resiliencia, tiene mucho que ver con la gobernanza. Para mí, estos dos conceptos son muy parecidos. Es decir, gobernanza es más real, más actual que nunca.



ESTUDIOS

(Min. 00:13:09)

Ahí era una serie de estudios, algunos de ellos son nuestros estudios del Observatorio, otros que hemos hecho con la OMS, en los cuales hemos aplicado la gobernanza al mundo de la salud y otras políticas y, sobre todo, este último estudio del que hablaba Martín el de “Strengthening Health System Governance” es el que un poco voy a estar usando para esta presentación. Es decir, si tienen tiempo y ganas y después de esta presentación les anima a mirar más material, tienen en nuestra web toda esta información disponible para que puedan ir a mucho más detalle con estos temas.



Dimensions of Governance: TAPIC

- **Transparency**
 - Makes decisions & their grounds clear
- **Accountability**
 - Clear reporting to principals with sanctions
- **Participation**
 - Affected parties engaged in decisionmaking
- **Integrity**
 - Weberian virtues: clear jobs, hiring, tenure etc.
- **Policy Capacity**
 - Skills for policy analysis at center

www.healthobservatory.eu

DIMENSIONES DE LA GOBERNANZA

(Min. 00:13:45)

Vamos a pasar a la segunda parte de mi presentación. Lo que sería: ¿cuáles son las dimensiones de la gobernanza? Esto no es lo que diríamos “rocket science”. Es decir, aquí no les descubro algo que no sepan ustedes. Lo que intentamos hacer, como les he dicho antes, es estructurar un poquito este campo, es dar dimensiones o atributos de gobernanza que sean prácticos y tras los cuales podamos colgar una serie de estrategias que les pueden ayudar tanto a analizar los problemas de gobernanza como a mejorar estos problemas de gobernanza.

La primera de ellas, la primera dimensión es la transparencia, hacer decisiones de forma que las decisiones que tomamos tengan una evidencia clara y sean muy transparentes. Es obvio. La

segunda es “accountability”, buscar mecanismos de “reporting” a los principales (...) utilizando la “Agency Theory”, de manera que los agentes principales tengan una “accountability” clara con sanciones y mecanismos para que esta “accountability” se implemente. En un momento les voy a hablar de esto en más detalle.

En este momento se pueden dar ustedes cuenta de que estas dimensiones no son exclusivas. Es decir, cuando hablamos de “accountability”, “accountability” sin transparencia no funciona en muchos casos. La “accountability” sin participación tampoco va a funcionar. Es decir, estas dimensiones debemos de verlas en conjunto y para que la gobernanza sea buena gobernanza deberíamos estar seguros de que funcionen las cinco a la vez, en lo que esto sea posible. La participación, que las partes afectadas estén en el tema de la toma de decisiones, estén integrados a la toma de decisiones, la integridad por supuesto, y finalmente la capacidad. Los “skills” para el análisis y para la implementación. Muy sencillito, pero vamos a pasar ahora, a lo que también va a ser muy sencillo, a algunas de las estrategias.



Strategies to ensure Good Governance

Table 3.1 Strategies for good governance

Strategy	Attribute				
	Transparency	Accountability	Participation	Integrity	Policy Capacity
Standards and codes of conduct		O	R	R	
Conflict of interest policies		O		R	
Competitive bidding	R	O			
Contracts		O		R	
Financial mechanisms		O		R	
Choice mechanisms		O	R		
Regulation strategies		O		R	
Organizational separation		O			
Watchdog committees and inspectorates	O			R	
Reporting requirements	O	R	R		
Performance measurement	O	R	R		
Freedom of Information provisions	O	R			
Public Information efforts	O	R	R		R
Client surveys			O		
Stakeholder forums	R		O		
Advisory committees	R		O		
Consultations	R	R	O		
Representation (elected or appointed)	w		O		

Strategy	Attribute				
	Transparency	Accountability	Participation	Integrity	Policy Capacity
Legal remedies			O	R	
Partnerships			O	R	
Internal audits				O	
Budget	R			O	
Financial audit	R			O	
Legislative mandate			R	O	
Clear organizational roles and purposes				O	
Personnel policies			R	O	
Intelligence on performance					O
Intelligence on process				R	O
Research and analysis capacity					O
Staff recruitment and retention				R	O

O: indicates that this is where the authors chose to organize the strategy
 R: indicates that the strategy is also relevant to this particular attribute

Source: Greer S; Wismar M; Figueras J. 2016 15

BUENA GOBERNANZA

(Min. 00:15:49)

Esta transparencia, que quizás no puedan ver bien pero quizás cuando tengan tiempo si les apetece, les dará una idea de qué estrategias nosotros hemos estado utilizando, analizando, empleando para ver cómo podemos mejorar estos atributos o dimensiones de transparencia. En lo que sería el eje (“axis”) vertical tiene una serie de estrategias. Está desde los estándares, los conflictos de interés, los contratos, los elementos de elección, todo el tema del “audit”, “partnerships”, etc. Entonces está toda una serie de instrumentos, que ustedes conocen bien, que hemos organizado alrededor de estos atributos de transparencia, “accountability”, participación, integridad y capacidad política o de desarrollar política sanitaria.



Accountability

“...in which the actor must inform the other of decisions, must explain decisions, can be mandated, and can be sanctioned”

“ being held to account for having made an appropriate decision”

www.healthobservatory.eu

Source: Greer S; Wismar M; Figueras J. 2016 and Bovens 2010

“ACCOUNTABILITY”

(Min. 00:16:37)

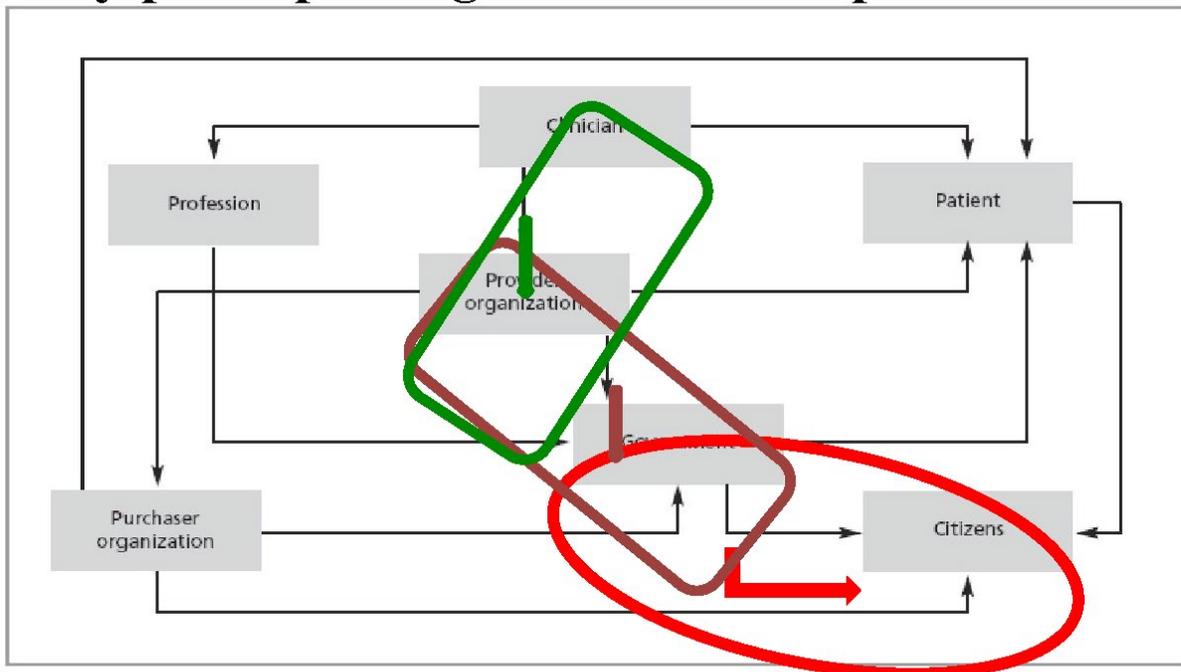
Vamos a entrar ya al primero de ellos. Como les decía, obviamente cada una de estas dimensiones daría no para una clase, no para un webinar, sino varios webinars. Por tanto, me permitirán luego dejar suficiente tiempo como para tener un buen debate que, como les decía, les dé unas pinceladas de aquellos aspectos que me parecen particularmente importantes. Es subjetivo, obviamente, pero espero que mi subjetividad basada en la evidencia, espero, de nuestros estudios, además del trabajo de campo, les pueda servir de algo.

¿Qué es “accountability”? Es por la cual el actor debe informar de sus decisiones al otro, debe explicar cómo las lleva a cabo y (...) mecanismos de mandato y de sanción. De alguna manera es “being held to account” por realizar la decisión apropiada. Como saben ustedes, habría que hablar mucho de la teoría de “accountability”. Como saben ustedes bien, “accountability” se hace por resultados o por procesos. Es decir, no solamente es el resultado que cuenta sino cómo se lleva a cabo la “accountability”. Vamos a ver. El primer concepto que a mí me parece útil, simple pero muy útil, y particularmente en su campo cuando hablan de paquetes de beneficios, de pago es el tema del “principal-agent relationship”.



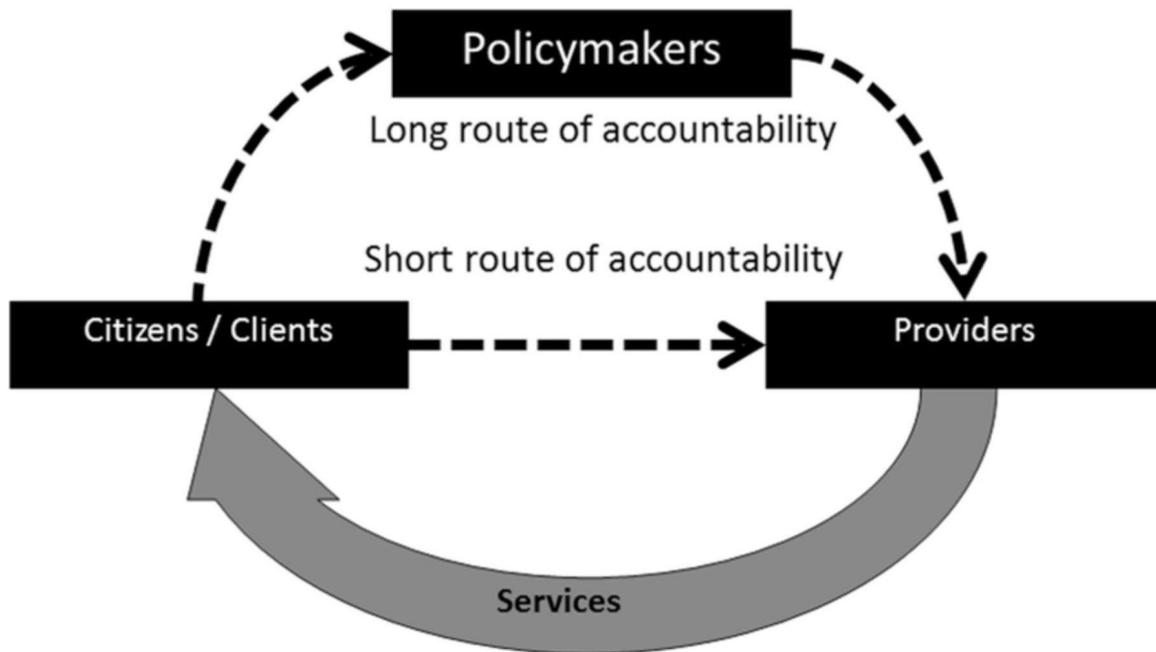
Accountability To Whom?

Key principal / agent relationships





Accountability To Whom?



www.healthobservatory.eu

Source: Fryatt Ret al. *BMJ Glob Health* 2017

ACTORES PRINCIPALES

(Min. 00:18:07)

En esta diapositiva, vemos a los actores principales. Es un trabajo de Peter Smith. Estuvo trabajando con nosotros en la evaluación de “performance” y en “priority setting”, muy sencillito –como les decía–, pero a mí me ayuda muchísimo a entender dónde están los problemas de “accountability” y sobre todo dónde podemos focalizar nuestras estrategias. Ahí tenemos el “citizen”, el ciudadano, proveedores, tenemos al gobierno y vemos todas las relaciones con el paciente posible. Analicemos algunos de ellos. Por ejemplo, entre el gobierno y el ciudadano hay una serie de mecanismos de “accountability”. La democracia misma, que debe hacer que el gobierno sea “accountable” al ciudadano. Hay mecanismos de transparencia, de información, de “public reporting”. Tenemos otra relación entre el “provider”, el proveedor, y el gobierno.

Ahí también hay muchos mecanismos de “quality auditing”, de sanciones, de pagos, etc. Y tenemos entre el ciudadano y el proveedor; ahí hay muchos de ellos también, uno de ellos sería obviamente la capacidad de elección. Es decir, es importante que cuando analicemos el problema seamos capaces de entender cuáles son las relaciones entre la gente y qué mecanismos podemos utilizar para aumentar esta “accountability”.



“ACCOUNTABILITY”

(Min. 00:19:36)

De la misma manera, y continuando la “accountability” hacia quién, tenemos una serie de mecanismos dentro de “accountability” que podemos utilizar. Ahí son realmente descripciones que son un poquito aburridas. Me gustaría tener el tiempo y la oportunidad de analizarlas

en detalle pero ahí están los “usual suspects”, los sospechosos habituales, los informes a la gobernanza, la regulación obviamente, todo lo que sea la legislación, los estándares, la capacidad de elección; todo lo que sería todo el tema de los contratos, la competición, “payment for performance”, la separación de la estructura de las organizaciones “organizational separation”, de la que acabaré en unos momentos hablando de las agencias de evaluación de tecnología, documentación, “auditing”, etc. Entonces tenemos toda una serie de mecanismos que actuarán en varias de estas relaciones de agencias que les decía. Y debemos buscar cuál es el mecanismo más apropiado.



Accountability: HTA Agencies Organization, Functions & Tools

The Changing National Role in Health System Governance 29
Observatory
icles Series

EU Member States

Decision making process (Review, pricing and coverage)

HTA authority

Function of HTA authority

EU Member States	Decision making process (Review, pricing and coverage)	HTA authority	Function of HTA authority
Sweden			Regulatory
Netherlands		Advisory	Advisory
Denmark			Regulatory, Coordination
Germany			Regulatory, Coordination
UK			Regulatory, Coordination

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN THE EUROPEAN UNION
STATE OF ART AND FUTURE SCENARIOS

www.healthobservatory.eu

20

“ACCOUNTABILITY” Y AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

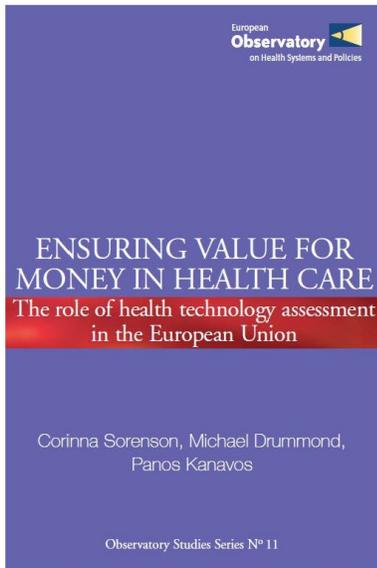
(Min. 00:20:37)

Vamos a aplicar este concepto del “accountability” al tema de lo que es la organización de las agencias de evaluación de tecnología. Un tema para mí totalmente fascinante. En esta diapositiva viene una serie de países. Les puedo también dar la referencia de este trabajo. Nosotros en el Observatorio hemos hecho varios estudios de la gobernanza de las agencias de evaluación de tecnología. Y es súper interesante ver que son muy distintas con sistemas de “accountability” muy distintos. Unos son más descentralizados que otros. Unos tienen aspectos de regulación y coordinación, mientras que otros tienen un papel mucho más de “advisory” y con complejidades enormes.

Por ejemplo, hace poco hablaba con lo que es la “Haute Autorité de Santé”, con el Chief Executive, y hablaba después con el director de lo que es la ANSP, lo que es el seguro público en Francia. En el caso de la “Haute Autorité de Santé” que es la agencia de evaluación de tecnología, su “accountability” es directamente al parlamento y al presidente de la República, lo cual me parece totalmente apropiado, por una parte. Y además, tienen un papel muy fuerte regulatorio. El problema que me comentaba, y no sé si es algo que uno pueda comentar en un webinar, una de las complejidades –digamos que no me las comentó nadie pero yo podía ver unas complejidades– sería que el pagador se encuentra del día a la mañana que la agencia acaba de decidir y acaba de reportar al parlamento y al presidente de la República que una nueva intervención debe entrar al paquete básico, tenga o no tenga el pagador recursos apropiados. Es uno de los temas a considerar.



Accountability: HTA Agencies Organization, Functions & Tools



Box 3.1. Methods for disseminating and implementing recommendations

- Coverage/reimbursement policy
- Formulary restrictions
- Medical audit/peer review
- Clinical guidance
- Accreditation
- Standards
- Media campaigns
- Conferences/workshops
- Professional education
- Web sites and newsletters

“ACCOUNTABILITY” Y AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

(Min. 00:22:37)

Vamos a aplicar este concepto del “accountability” al tema de lo que es la organización de las agencias de evaluación de tecnología.

El NICE es un ejemplo interesante en este estudio del que habla siempre todo el mundo. En este estudio del que les hablaba tenemos un capítulo solamente dirigido al NICE. Es interesante porque mientras que tiene un papel “advisory” realmente el papel moral, por decirlo de alguna manera, tiene una fuerza impresionante a la hora de poner presión al “National Health Service”

que incluya o excluya una serie de intervenciones. Pero recuerden ustedes que este tenía un papel de “advisor”. Son pinceladas. Podríamos dar toda una clase hablando de estas agencias, pero creo que es importante entender cuál es esta relación de estas agencias de gobernanza y de “accountability” con el sistema. No solamente con el gobierno, con el pagador, sino con el paciente. Muchas de estas agencias ahora ya incluyen organizadores de consumidores, ya incluyen su percepción, ya incluyen los consumidores y a los pacientes a la hora de participar en la evaluación para que ellos provean su opinión, que ellos sean parte de priorizar las evaluaciones que vamos a realizar. De la misma manera podemos hablar de los clínicos.

Por ejemplo, otro tema muy interesante es sobre la evaluación de tecnologías. Recientemente ha habido un estudio, financiado por la Unión Europea, que hablaba de la evaluación de tecnología realizada en hospitales. Uno diría que es como poner el zorro entre las gallinas de alguna manera. Es decir, pones a los médicos en el tema de evaluación de tecnologías. En principio uno piensa que la idea es siempre utilizar cuanta más tecnología posible. Y parece ser que la evaluación de este estudio está demostrando que no es así. Que realmente al estar los médicos participando en este proceso, estando cercano a ellos, llegan a integrar los resultados de una forma mucho más inmediata y de una forma más racional y costo-efectiva y utilizando menos recursos. Fíjense ustedes qué diferencia entre una agencia que sea nacional, que sea regional, que sea distribuida, descentralizada entre estos distintos hospitales.



Changing clinical behaviour?

- **Priority Setting / Benefit Packages**
- **Stepping up negative lists (goods & services)**
- **Health Technology Assessment**
 - E.g. NICE UK, HAS FR, SBU SE, KCE BE, IQWiG DE
 - EUNetHTA (European Network of HTA)
- **Clinical guidelines and protocols (Audits)**
- **Financial and Regulatory Incentives**
- **Behavioural Change Campaigns e.g. *Choosing Wisely***



Accountability : Hospitals

Organizational arrangements



25

Table 4.2 Continuum of hospital governance strategies

Command and control	Restricted semi-autonomy	Considerable semi-autonomy	Maximal semi-autonomy	Fully independent private
	Norway ↔			
	Portugal ↔			
	Israel ↔			
	Estonia ↔			
	Czech Republic ↔			
		England ↔		
	Spain ↔			
			Netherlands ↔	

“ACCOUNTABILITY”/HOSPITALES

(Min. 00:24:58)

Y entramos, por cierto, al tema muy interesante, que este es otro estudio –que también si tienen tiempo, ya deben estar ustedes hartos de nuestros estudios, pero creo que este puede ser interesante porque lo hicimos para los suecos en principio pero luego se diseminó de forma amplia. Y era ver cómo estaba cambiando todo el tema de la gobernanza, establecer prioridades y la regulación a medida que los países estén más centralizados o más descentralizados. Y estamos viendo, de forma muy interesante, estaba participando en la reforma en Suecia y en Finlandia recientemente, que estamos viendo una recentralización de la gobernanza tanto en lo que sería el paquete básico, tanto lo que sería establecimientos de pagos, tanto lo que sería en controles y en la evaluación de calidad. Los suecos intentando sacar las agencias, los condados

y reunificarlas a nivel central; los finlandeses re-centralizando al nivel de la municipalidad y el condado y tomando muchas de estas funciones a nivel central. Es otro tema. De nuevo, nos daría mucho de qué hablar, pero son unas pinceladas que espero que tengan un valor añadido en sus disquisiciones.

Y ahora para nosotros esta última añadidura a mi complicada transparencia. Me da pie a acordarme a destacar un tema fundamental en Europa que podría aplicarse, pienso yo, en la Red CRITERIA. Puede aplicarse a través del Banco Interamericano de Desarrollo, que es el tener agencias a nivel europeo. El gran debate en estos momentos que tenemos en la Unión Europea es si debiéramos tener una agencia común entre todos los países. Precisamente la presidencia austriaca, con la que estamos trabajando de forma muy cercana en el área de productos farmacéuticos, también hemos estado trabajando con ello en el tema de la evaluación de tecnología y van a poner nueva legislación para que los países compartan evaluación de tecnologías. Pero como ustedes se pueden imaginar hay países como Alemania, Francia, los más grandes, Inglaterra –aunque como saben Inglaterra está con el “BREXIT”– que están teniendo mucha preocupación.

Estamos hablando de este tema de recentralización, en cuanto a que esta evaluación de tecnologías suponga esta versión de prioridades. La Unión Europea, la Comisión, se encarga de decir que “no”, que estos son temas separados, que una cosa es evaluar la tecnología, hacer costo-efectividad, y el otro es decidir cuál de esa tecnología va a entrar en los paquetes básicos en función de los recursos, de los valores y de las prioridades de cada país. Pero es obvio si de forma explícita se establece que una intervención pasa a través de lo que sea una agencia europea, será más difícil para los políticos sanitarios luego recortarla o no ofrecerla a los países. Y ahí tenemos un tema interesantísimo sobre la masa crítica a la hora de evaluar, a la hora de compartir, y luego todo el tema de los valores y de establecer las prioridades y de financiación.

(Min. 00:28:08)

El otro tema de gran importancia, por supuesto, el tema que también nos va a ocupar mucho trabajo ahora en la Conferencia de Tallin, va a ser no solamente cómo evaluamos innovaciones, sino cómo estas innovaciones se enraícen, se implementen. Y ahí tenemos los “usual suspects”. Este es otro trabajo que hicimos hace ya unos años trabajando también con la evaluación de

tecnología y de innovaciones, viendo qué mecanismos podemos utilizar para sancionar, para implementar, para financiar y para incentivar las nuevas tecnologías, que sean costo-efectivas las nuevas innovaciones y que sean realmente una innovación.

Otro aspecto interesantísimo es que, yo creo para CRITERIA, creo que buena parte de la “accountability” se ha hecho, fíjense ustedes, a través del comprador, del gobierno y del comprador, del ciudadano y el usuario del hospital, pero no tanto al nivel del hospital mismo. Es decir, también ha habido muchos mecanismos de “accountability” entre el comprador, lo que sería el Seguro Social o lo que sería el Sistema Nacional de Salud y el hospital. Pero no hemos trabajado en lo que sería la auto-gobernanza del hospital. Es decir, asumimos que con todos estos mecanismos de “accountability”, sea controlando al comprador con paquete básico, sea que el comprador ponga en marcha nuevos sistemas de pago por “performance, poniendo sistemas para el cual haya transparencia para el consumidor, que el consumidor tenga base en la elección. Entendemos que la gobernanza va a funcionar y nos olvidamos que para que esto funcione el hospital tiene que tener algo de “self-governance”. Debe ser capaz de reaccionar a estos nuevos incentivos, de auto-gestionar su presupuesto, de auto-gestionar sus recursos humanos, evaluar necesidades, pasar presupuestos de uno a otro, guardar/reservar algunos de estos ahorros de alguna manera para hacer nuevas inversiones. Es curioso que aunque se ha hablado mucho de la auto-gobernanza es una de las áreas, por lo menos en Europa, que ha evolucionado menos. Intento decirles que la “accountability” no tendrá lugar a menos de que no seamos capaces de que todos los actores veamos todas estas relaciones, como les decía al principio, entre actores y dentro de los actores mismos. En este caso los proveedores.



Transparency

“.... that institutions inform the public and other actors of decisions coming and decisions taken, and of the process by and grounds on which decisions are taken”

- Watchdog Committees
- Regular Reporting
- Inspectorates
- Public Information (clear & actionable)
- Freedom of information Legislation
- Performance Assessment / Reporting

Priority Setting Evidence

www.healthobservatory.eu

Source: Woods 1999, Greer et al 2016

TRANSPARENCIA

(Min. 00:30:45)

Pasamos a otro aspecto que está directamente relacionado al de “accountability” que es la transparencia, por supuesto. Transparencia es obvio a lo que se refiere. Las instituciones deben informar al público y a los otros actores de las decisiones que están tomando, del proceso y la evidencia que están usando para estas decisiones, de pizarrín. Ahí de nuevo, no os sorprenderá ver los instrumentos que tenemos en muchos países. Es casi la lista de la compra: los “Watchdog committees”, todo lo que sería el “public reporting”, los “inspectorates”, todo el tema del que voy a hablar un poquito más que sería el “public reporting”, la información pública. “Freedom of information” ha sido muy importante en algunos de estos países. Y lo que sería, obviamente, todo el tema del desempeño. Hay que decir que esta es un área donde es menos el sistema sanitario

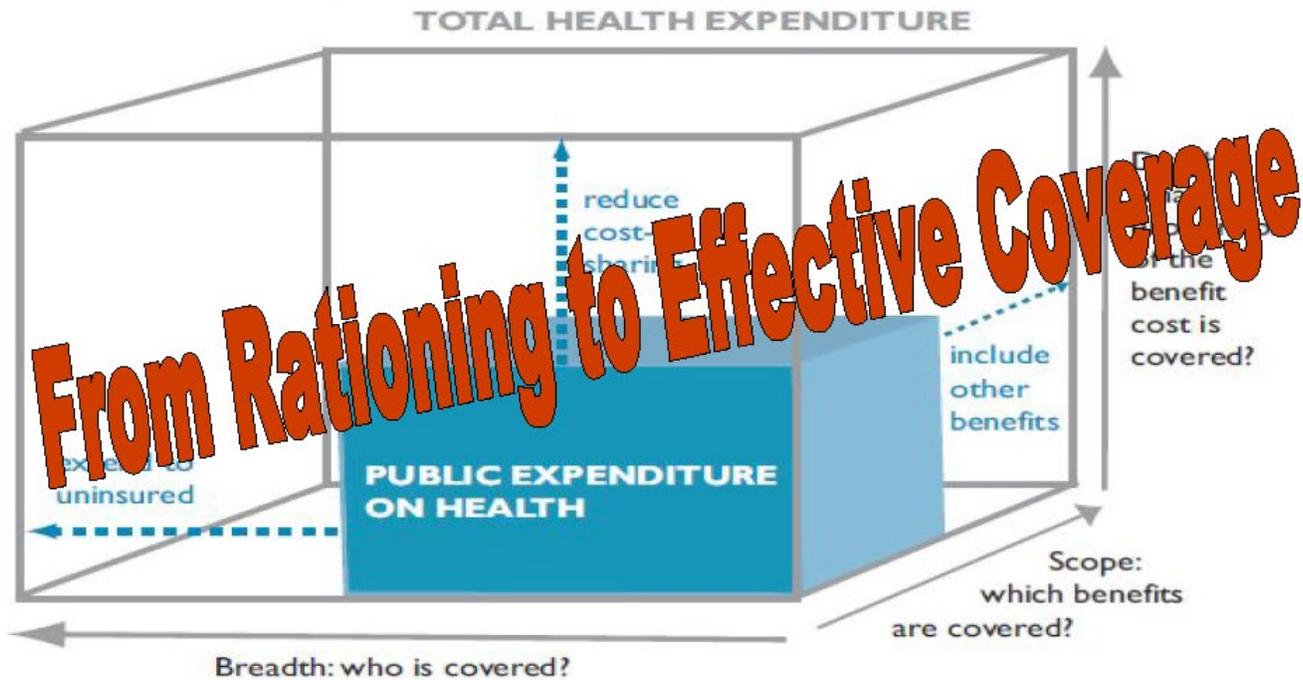
y es más la sociedad en general. Si ustedes tienen sociedades como la holandesa que ya per se tiene una serie de mecanismos a todos los niveles de la sociedad de “checks and balances”, es una sociedad que es muy transparente, que tiene mecanismos de transparencia y participación a través de todo el sistema social y por lo tanto, sanitario. Se llama, lo habrán oído muchas veces, “The Boulder Model”, es decir se habla de que los holandeses para poder sobrevivir el hecho de que están bajo del nivel del agua han tenido que colaborar, han tenido que ser transparentes durante muchos años y tienen esta capacidad de ser transparentes y de colaborar. Es decir, cuando se habla de transparencia va mucho más allá de los temas sanitarios, un tema de la sociedad como tal. De la misma manera que el “accountability” es un tema que también tiene que ver con muchos otros aspectos de la sociedad.

Un aspecto importante de la transparencia es el tema del establecimiento de prioridades y la evidencia necesaria para establecer estas prioridades. ¿Qué evidencia tenemos para establecer prioridades? De nuevo, para ustedes, que son expertos en esta área, esto les parecerá quizás demasiado fácil pero, perdónenme, son simplemente reflexiones que a mí me han ayudado a entender problemas de transparencia y de gobernanza en muchos de nuestros países.



Basic Package of Care Coverage Decisions

Coverage Dimensions



www.healthobservatory.eu

Source: R. Busse

PAQUETE BÁSICO

(Min. 00:33:15)

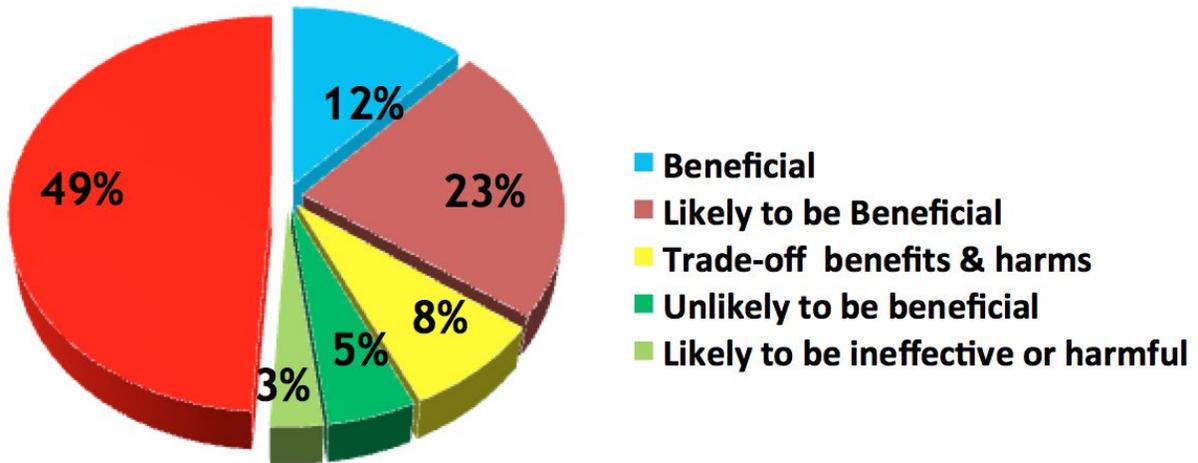
Primero, recordarles el cubo básico, que todo mundo lo refiere a la OMS, mi propia organización. Como saben, el Observatorio, quizás no lo sepan, el Observatorio es una parte aliada pero estamos de “host”, la OMS. Tiene otros socios como la Unión Europea, el Banco Mundial y trece países europeos. Este cubo, que conocerán ustedes bien, lo publicó la OMS, pero salió de mi colega del Observatorio, Reinhard Busse, y me parece súper útil a la hora de hablar de prioridades. Sabemos que podemos priorizar lo que sería la cobertura poblacional, lo que sería el co-pago, el nivel de financiación de estos servicios y lo que sería qué beneficios incluimos o no. Ahí no voy a entrar. Ustedes conocen este tema bien. Quizás lo que quería comentarles es

que el debate en Europa, y además después de la crisis, ha sido dos cosas. Una, se ha dado mucha más importancia a la evaluación de tecnología y se le ha dado mucha más importancia a lo que llamamos el racionamiento a la cobertura efectiva. Nos hemos encontrado que en muchas ocasiones detrás de las crisis ha habido intereses políticos. Es decir, el estado de bienestar ha muerto y por tanto debemos de racionar. Que debe ser verdad, no creo que el estado de bienestar haya muerto. Al contrario, pienso que la evidencia nos ha demostrado que hay un compromiso más importante que nunca en los países europeos a la cobertura universal. Pero sí se ha utilizado para decir “es que no podemos proveerlo todo, cubrir a toda la población, por tanto debemos de racionar”. En algunos casos porque la evidencia es lo que dice, en otros casos por objetivos más políticos, como les decía, para entender que el sistema sanitario no puede ser universal.



Up to 20% of expenditure Ineffective or Wasteful

Ineffective or Harmful Clinical Care



N=2500 Treatments

www.healthobservatory.eu

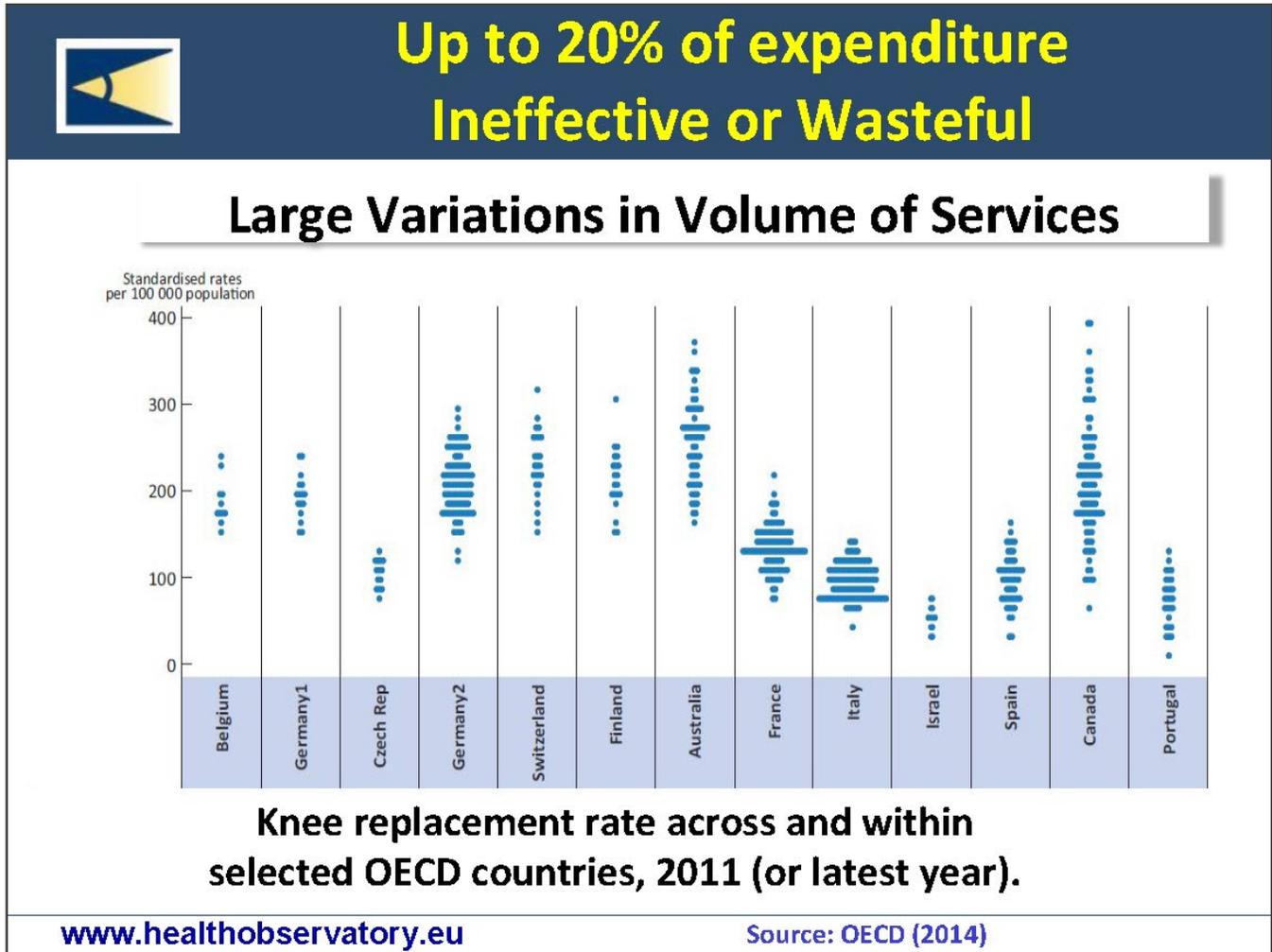
Source: *Clinical Evidence, BMJ 2009*

“INEFFECTIVE OR WASTEFUL”

(Min. 00:35:07)

Aquí, un poquito nuestra línea de trabajo, y no solamente la nuestra sino la de otros grupos, y en particular la OCDE que ha hecho este trabajo tremendamente útil, que es del tema del “ineffective or wasteful”. Es decir, lo que queremos es decir en vez de hablar de “rationing” debemos hablar de la cobertura que sea efectiva. Y entendemos que hay un 20% del gasto, es un número de estos sacados un poco del aire, pero estos números sacados del aire siempre ayudan muchísimo a comunicarse, pero sabemos que sí es un número significativo de gasto que sabemos que es inefectivo o que es “wasteful”. No sé cuál podría ser la traducción de “wasteful” en español, pero, en fin, seguro que me entienden. Por ejemplo, esta diapositiva que

es bien conocida, de un trabajo del 'British Medical Journal', nos recordaba que un 50% de las intervenciones y tratamientos que damos en hospitales, esto es basado en un "survey" de las intervenciones en hospitales, no sabemos si son beneficiosas. Y sólo sabemos seguro que un 12% son beneficiosas, 23% probablemente sean beneficiosas pero el resto o no lo son, o no lo sabemos.



ESTUDIO DE LA OCDE

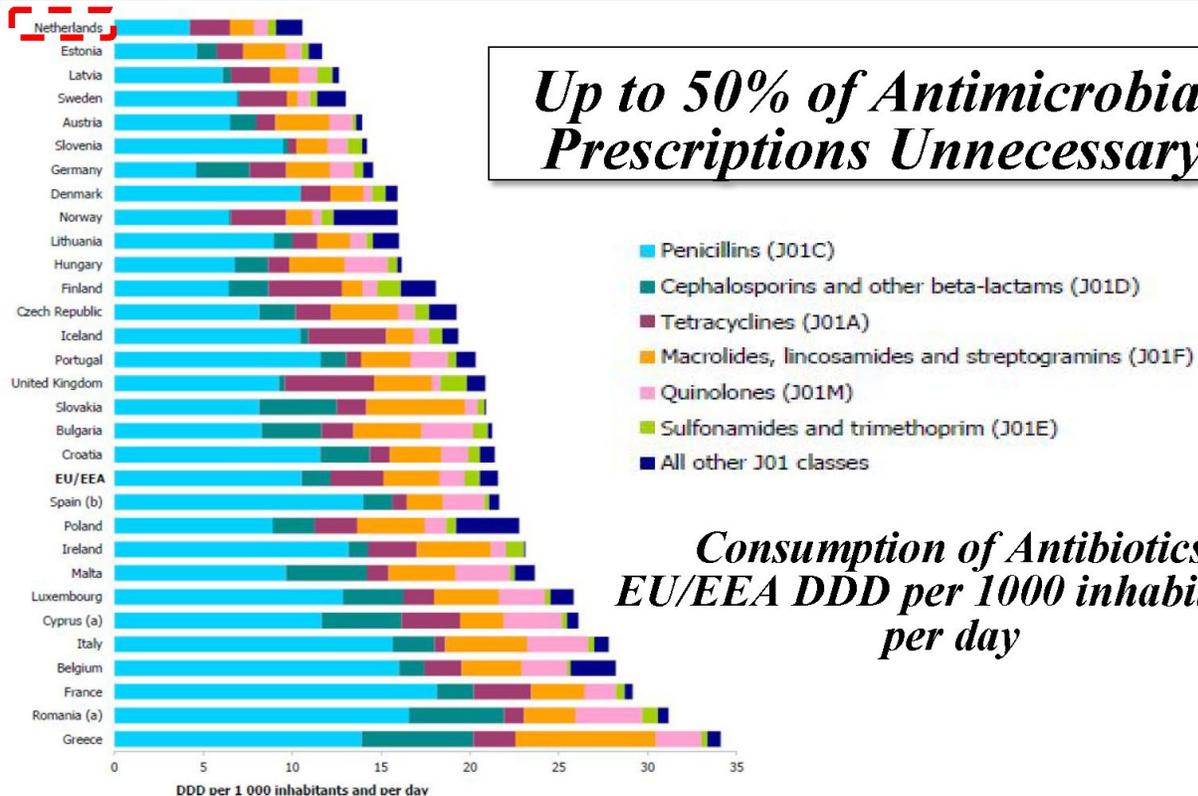
(Min. 00:36:25)

Otro trabajo también es este trabajo de la OCDE. Una de las áreas que les recomiendo que trabajen en ella, si no lo están haciendo pero probablemente lo están haciendo, es todo el tema de la variación. La variación en volumen de servicios. En este caso estamos hablando de

la operación de la articulación de la rodilla. Fíjense ustedes qué diferencia tan importante en el volumen de servicios entre estos países, ajustado, obviamente, por la población, por la edad de la población y por lo que sería la morbilidad. Fíjense ustedes qué diferencia hay entre países y dentro de los países. Esto nos está diciendo que, o bien en algunos casos estamos haciendo una utilización inapropiada de estas intervenciones, o que quizás en algunos países en realidad no las estamos utilizando. Pero sin duda tenemos una falta de evidencia importantísima. Pero no solo entre países, dentro de los países mismos.



Up to 20% of expenditure Ineffective or Wasteful



www.healthobservatory.eu

Source: ECDC 2015

CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

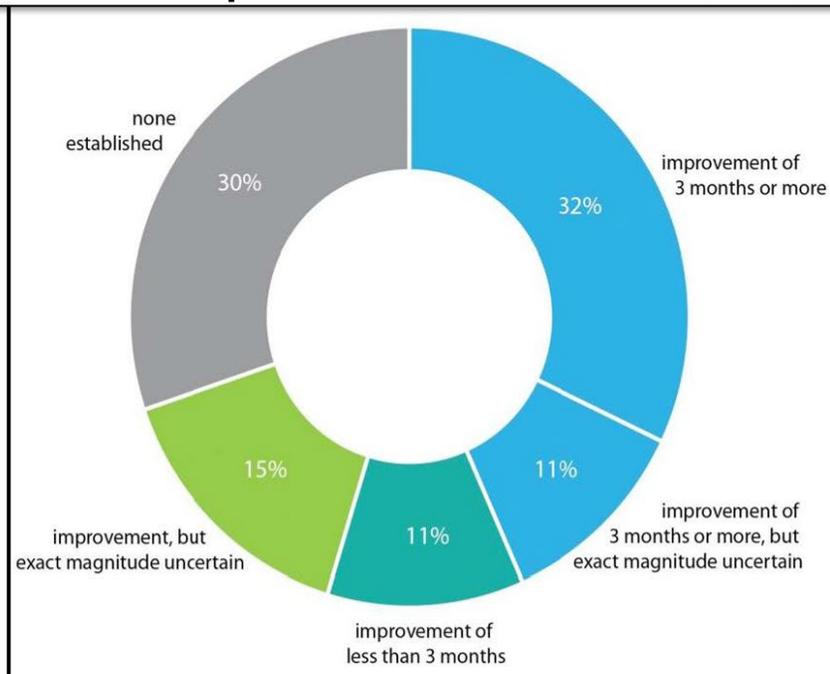
(Min. 00:37:33)

Otra área súper importante, que antes de hablar de racionar servicios, esta diapositiva nos da las diferencias entre el consumo de antibióticos de dosis diarias por mil habitantes entre los países de la Unión Europea, desde Holanda hasta Grecia de distintos antibióticos. ¿Me van a decir que en Holanda la gente se está muriendo por infecciones? Pues probablemente no, ¿verdad? No solamente es un tema de la administración apropiada de antibióticos, sino es un tema también obviamente de ahorros que se pueden redistribuir a otras áreas y sobre todo el tema de resistencia antibiótica. Es decir, es solamente una ilustración de cómo podemos pasar el debate de lo que sería el racionamiento a lo que sería la cobertura efectiva.



Up to 20% of expenditure Ineffective or Wasteful

Benefits from Cancer Medicines licensed 2003-13 Improvements in Overall Survival



www.healthobservatory.eu

Source: Salas Vega S & Mossialos, E. 2017

30

MEDICINAS DE CÁNCER

(Min. 00:38:35)

Otro tema interesantísimo, disculpen que les ponga tantas transparencias sobre este tema, pero a mí me parece fascinante, y creo que en su mundo más incluso, ya que trabajan en este tema, el poder cambiar el debate y tener la oportunidad de ver este cambio en el debate en muchos de los países que trabajamos. Este es otro estudio de otro co-director del Observatorio, Elias Mossialos, que lo que hizo fue evaluar las nuevas medicinas sobre cáncer que salieron al mercado desde 2003 al 2013, y ver cuál era la mejora en la supervivencia. Fíjense ustedes que solamente en un 32% de los casos hablamos de una mejora de tres meses o más. El resto era menos o no había una mejora establecida. Y sabemos perfectamente cuál es el costo de algunos tratamientos de cáncer.

(Min. 00:39:42)

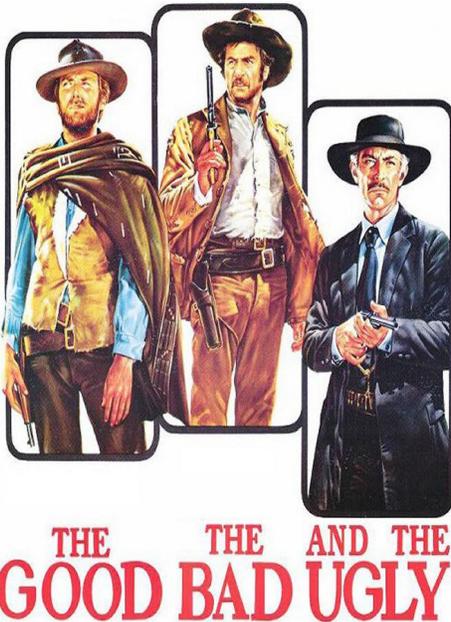
Otro tema es el tema de la transparencia que me parece de nuevo de alguna manera quizás demasiado superficial, discúlpenme ustedes. Es hablar de la transparencia también de la perspectiva de cuáles son los objetivos y cuáles son los valores de estos que de alguna manera reportan sobre la evidencia y utilizan la evidencia. Es decir, hay objetivos comunes, hay valores comunes. Parece ser interesantísimo ver el análisis durante la época de la crisis. Si usted habla con los ministros de Finanzas y de Economía, el objetivo es la sostenibilidad. Si aquellos países que logran sostenibilidad son los mejores países, son los que el Fondo Monetario Internacional va a premiar y va a poner como ejemplo. Pero contención de costos no es igual a eficiencia. Uno puede contener costos sin lograr eficiencia.



Transparency

Whose objectives? Whose values?

- Focus on Sustainability
- Cost containment (savings) \neq efficiency



- **The Good**
 - *Contain costs / increases efficiency*
- **The Bad**
 - *Contains costs / decreases efficiency*
- **The Ugly**
 - *Contains costs / decreases health*

Source: Based on Thomson S, Figueras J et al 2013

TRANSPARENCIA

(Min. 00:40:47)

Y ahí viene la película del bueno, del feo y del malo. Hemos visto en los países que dentro de esos países han logrado el objetivo de sostenibilidad, quizás no hayan logrado otros objetivos obviamente más importantes para nuestra sociedad. El bueno ha contenido costos a base de mejorar eficiencia. El malo ha contenido costos a base de decrecer eficiencia. Es decir, ha mejorado costos pero muchos de ellos han sido a base de eficiencia pero el feo, y no sé si sería el malo, el feo, pero en fin, ha contenido costos, ha disminuido eficiencia e incluso ha tenido un efecto negativo sobre la salud. Es decir, uno puede contener costos simplemente recortando intervenciones que son efectivas y realmente logra el objetivo de la sostenibilidad, es

transparente, puede demostrar que ha contenido costos; sin embargo, el impacto que ha tenido sobre otros objetivos de esta sociedad ha sido mínimo o negativo.

**Assessing Performance
Beware of Bias & Vested Interests**

US News & World Report
Wednesday, October 28, 2009

Home | Nation & World | **Health** | Money | Education | Opinion | Science | Photo

Hospitals
Home > Health > Hospitals

Health
Hospitals
Best Health Plans
Best Nursing Homes
Diseases & Conditions
Diet & Fitness
Living Well
Women's Health
Men's Health
Children's Health
Boomer Health
Health Advice
Drug Information
Join a Community
Therapist Finder

Hospitals | Children's Hospitals

America's Best Hospitals
Browse Rankings by Specialty

Cancer	Neurology & Neuro
Diabetes & Endocrine Disorders	Ophthalmology
Digestive Disorders	Orthopedics
Ear, Nose & Throat	Psychiatry
Geriatric Care	Rehabilitation
Gynecology	Respiratory Disor
Heart & Heart Surgery	Rheumatology
Kidney Disorders	Urology

▶ **A-Z Best Hospitals Index**

Honor Roll: The Best
21 hospitals that scored big in six or more specialties.

- 1 Johns Hopkins Hospital
Baltimore, MD
- 2 Mayo Clinic
Rochester, MN
- 3 Ronald Reagan UCLA Medical Center
Los Angeles, CA

dr foster intelligence
Home | Our products | Our services | News and publications

Who owns your Medical Record?
Dr Foster at the Conservative conference
The public can and must learn that they will have to manage their medical records. Shadow Health Secretary Stephen O'Brien at the Conservative Conference fringe event. Information; who owns your medical records?
[Read more >](#)

Our products
Better information can help you improve on service delivery whilst leading to better patient care. We have the tools that can help you deliver on your targets more efficiently.
▶ [Information for commissioners](#)
▶ [Information for providers](#)
▶ [Measuring patient experience](#)

Our services
Our integrated approach to strategic marketing and research provides commissioners with a range of tools to help you understand your reach patients and the public, evaluate results.
Find out more about how we can help your organisation to tackle health inequalities.

US News America's Best Hospitals 2009-10

Austria	Denmark	Finland	Germany	Luxembourg	Iceland	Belgium	Norway	Switzerland	Netherlands
---------	---------	---------	---------	------------	---------	---------	--------	-------------	-------------

32

DESEMPEÑO

(Min. 00:41:58)

De la misma manera a la hora de presentar este “performance”, tenemos que ser muy conscientes de los “biases”, los sesgos, y los intereses creados. Mi favorito es el ‘European Health Consumer Index’ que cada año publica estos “scores”, en el cual siempre es Holanda y Suiza que son los primeros. En este caso, en el caso de Holanda, quizás coincida con otras evaluaciones más objetivas pero sabemos que la ‘Health Consumer Powerhouse’, una agencia basada en Suecia, está financiada por el sector privado y utiliza para su evaluación de la

satisfacción del consumidor una serie de herramientas, como por ejemplo el hecho que usted aumente su salud y su esperanza de vida y la calidad de los resultados en un hospital tiene en su indicador un 20%. El otro 80% está basado en que usted pueda acceder a otra tecnología, a los últimos productos farmacéuticos, en que usted no tenga que esperarse, en que usted pueda elegir a su proveedor. Sin duda alguna, estos son indicadores importantes pero en general el consumidor lo que quiere es que no lo maten en el hospital y que su estado de salud mejore.

Bueno, este es un ejemplo de los muchos. Y ahí tenemos por ejemplo U.S. News. Tenemos a Dr. Foster. Tenemos una serie de organizaciones que están proveyendo esta información, esta transparencia, pero debemos ser muy críticos a la hora de evaluar el “bias”.



Participation

“.... means that affected parties have access to decision making and power so that they acquire a meaningful stake in the work of the institution”



www.healthobservatory.eu

Source: Woods 1999, Greer et al 2016

PARTICIPACIÓN

(Min. 00:43:54)

Quería hablar ahora de la participación. Como decía antes, la participación y la transparencia están también muy ligadas una a otra y también al tema de “accountability”. Participación obviamente supone que las partes afectadas tengan acceso a la toma de decisiones y al poder de toma de decisiones, influencia en la toma de decisiones que ellos de alguna manera tengan un “stake” en el trabajo de la institución. Sabemos perfectamente si el médico es el gerente y si el paciente es parte de la toma de decisiones de alguna manera cumplirá y ayudará a implementar estas decisiones.

De nuevo, como antes, sabemos que hay una serie de mecanismos. De nuevo, nos puede costar toda la tarde hablar de ellos. Si les interesa tenemos dos estudios, uno de ellos a punto de acabar sobre la participación y el “empowerment” del ciudadano en lo que es “centerness”, ponerlos en el centro del sistema sanitario. Hemos hecho un análisis sistemático de los mecanismos más importantes que existen. Algunos de ellos los pongo aquí. Lo que sería la participación en el “budget”, “citizens juries”, “legal rights”, capacidad de elección, “forums”, “consultations”, “elections”, etc.



Patient Participation Dimensions

- Health care rights & entitlements
- Advocacy (patient & consumer) groups **Collective - Public**
- Formal representation (purchaser & providers)
- Listening to public / patients views & perception
- Informing the public / patient: Public Reporting
- Increasing choice (insurer, provider, treatment)
- Patients rights legislation **Individual - Patient**
- Clinical shared decision making / Self Management

www.healthobservatory.eu

Source: Figueras et al 2006

DIMENSIONES

(Min. 00:45:13)

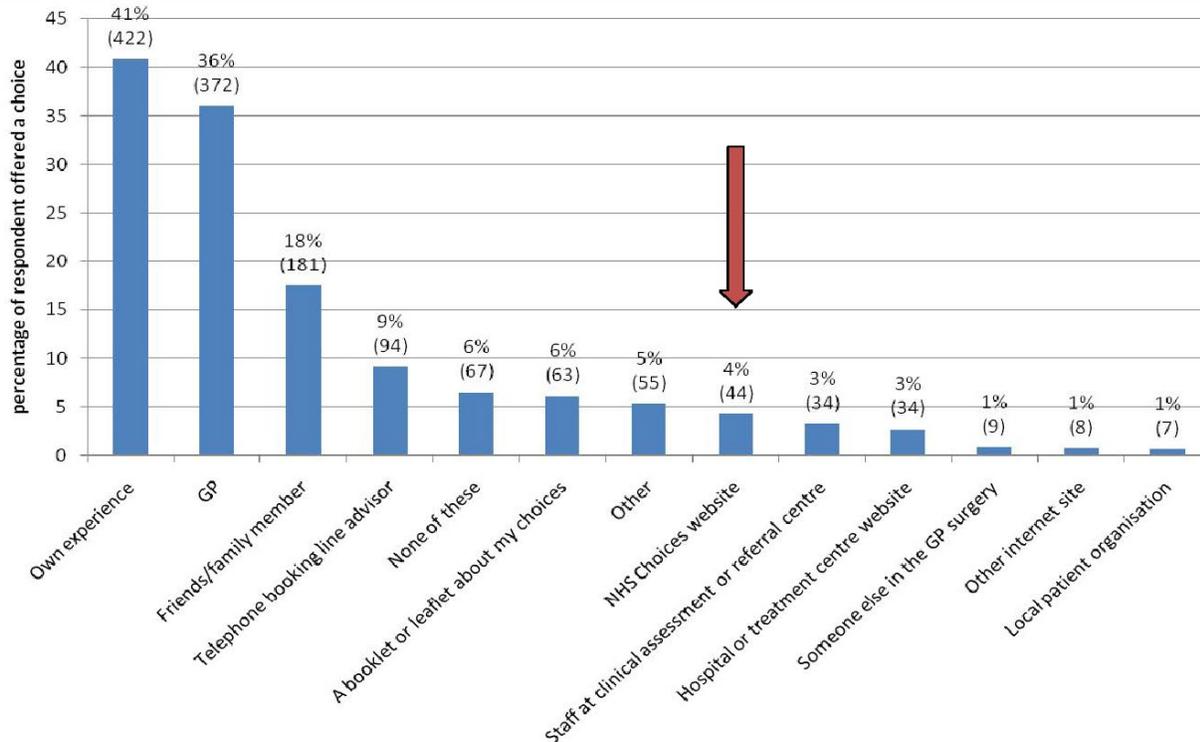
Aquí tengo estas dimensiones que utilizamos también en este estudio. Lo que sería la participación del paciente. De nuevo, es un tema fascinante. Uno de mis colegas estaba trabajando en eso, por ejemplo. Es un tema súper interesante yo creo en su campo, lo que serían los derechos a la salud, los “entitlements”. Ha hecho una comparación a toda la legislación europea, los distintos países, en cuanto a “entitlements”, las diferencias, etc. Para nosotros es muy importante, como les decía antes, porque en la Unión Europea cada vez va entrando más a lo que serían los “entitlements” a nivel de Europa. Y la posibilidad que los pacientes puedan atravesar fronteras, que sean tratados en otras partes donde los “entitlements”, donde el paquete

básico sea más amplio. Está todo el tema de la “advocacy” y de los grupos de consumidores de pacientes. Ahí hay otra área que parecería, es importante. Sin duda alguna hay un gran énfasis en la Unión Europea en todos los organismos para tener estas organizaciones de consumidores que participen en la toma de decisiones. Por ejemplo, tenemos lo que sería la “Red de Centros de Referencias en Enfermedades Raras” y en cada una de estas instituciones de esta red, de estos centros de excelencia, hay grupos de consumidores de enfermedades raras correspondientes para que participen en la toma de decisiones y en la priorización. Sin embargo, es un área con muchos problemas. Sabemos perfectamente que muchas organizaciones de pacientes están financiadas a través del sector privado, en algunos casos con intereses creados. Es decir, no es raro ver compañías farmacéuticas que producen un fármaco determinado que está indicado a este grupo de pacientes que al mismo tiempo estén financiando el organismo.

Tenemos aquí otros mecanismos de los que no hablaré en detalle. Estamos hablando de la representación en organismos de administración; está todo el tema de escuchar la voz del público, el tema del “public reporting” etc.



Sources of information used by patients to help them choose



www.healthobservatory.eu

Source: Dixon et al. 2010

FUENTES DE INFORMACIÓN USADAS POR PACIENTES PARA ELEGIR

(Min. 00:47:25)

Quizás, una sola reflexión sobre el tema de cómo el paciente/ciudadano utiliza las fuentes de información. No les hablaré de los estudios habituales americanos, sino de uno que es interesante que sería un estudio inglés lo que sería “The NHS choices”. Quizás lo conozcan y, si no, les animo a que vayan a ver la website. Es una website que da información sobre los proveedores, sobre los paquetes de servicios, sobre el acceso, etc. A nadie le sorprende ver que cuando se hace un “survey”, un análisis, cuando se le pregunta al paciente qué fuente de información utiliza es normalmente su propia experiencia, los amigos, la familia. Nos sorprende

un poco que en este estudio sea el médico de familia. Pero ciertamente el “NHS choices website” no es el más importante. Y también es interesante ver cómo lo utiliza. Es decir, en muchos casos lo utiliza para tener más información sobre los síntomas de su condición pero no lo está utilizando para saber sobre la calidad del proveedor. No lo utiliza para más acceso y no lo utiliza, sobre todo como decía, para la calidad del proveedor o las intervenciones. Lo utiliza el consumidor/paciente para entender más su enfermedad. Esto nos recuerda de nuevo de lo que ya sabemos de los estudios americanos que este tipo de información de “public reporting” tiene poco impacto tanto en los pacientes como en los compradores. Sin embargo, sí tiene impacto en los proveedores. Lo que hacen en muchos casos o mejoran los servicios o lo que hacen es seleccionar al paciente. Y esto lo saben ustedes muy bien.

Table 1
Summary of questionnaire responses from online NHS Choices users, who reported using the website in relation to GP consultations (n = 1559)

Responses	Frequency	%	95% confidence intervals
<i>Most useful aspects of NHS Choices when thinking about consulting a GP</i>			
To find information on my symptoms/condition	1250	80.2	78.1–82.1
To learn about my treatment options	699	45.0	36.1–51.0
To help me decide if I am going to visit my GP	815	54.3	51.8–56.8
To be reassured	47	3.0	1.8–4.7
To help understand my condition	699	45.0	36.1–51.0
To help me understand my condition	699	45.0	36.1–51.0
To search for a provider	115	7.4	5.8–8.6
To find out more about my condition	115	7.4	5.8–8.6
To find more information	115	7.4	5.8–8.6
To look at reviews	115	7.4	5.8–8.6
To look at other people's experiences	115	7.4	5.8–8.6
<i>Effect on visits</i>			
Decreases the number of visits I make	515	33.0	30.7–35.4
Increases the number of visits I make	42	2.8	2.0–3.7
Makes no difference	839	53.8	51.3–56.3
Did not answer	162	10.4	8.9–12.0

Murray J, Majeed A, Khan MS, Lee JT, Nelson P. Use of the NHS Choices website for primary care consultations: results from online and general practice surveys. J RSM Short Reports. 2011;2(7):56. doi:10.1258/shorts.2011.011078. In Smith P 2016 www.healthobservatory.eu

In spite of complexities & limited citizen use Transparency + Participation The Only Way Forward

*Limited impact on patients and providers
 Impact on providers
 Improving Services
 or Creating something?*

FUENTES DE INFORMACIÓN USADAS POR PACIENTES PARA ELEGIR

(Min. 00:49:29)

Pero, bueno, esto no quiere decir –y quiero concluir este par de transparencias con este tema– que a pesar de las complejidades de evaluar esto, a pesar de los valores que son distintos, de los “vested interests” (los intereses creados por distintos grupos), de las complejidades, por tanto de los sesgos y a pesar de que los ciudadanos lo utilicen menos o poco, la transparencia/la participación es la única vía en adelante y debemos de continuar insistiendo con estos mecanismos. Es parte clara de la gobernanza.



Citizens' Jury

The verdict reached by the jury was:

<u>QUESTION</u>	<u>VERDICT</u>
1. Are there circumstances where it is acceptable to not treat someone presenting at the ED?	YES
2. Should patients be given a choice over when they are treated, where they are treated, and by whom (type of health professional)?	SUPPORTED IN PRINCIPLE
3. Is it acceptable for patients to be treated by non-medical staff such as ambulance staff, nurses, and allied health professionals without seeing a doctor?	YES
4. Should ambulance staff be enabled to treat patients in their home without bringing them to the ED?	YES
5. Are there any circumstances that patients should pay towards the cost of treatment?	TEMPERED SUPPORT
6. Should patients with minor illnesses or injuries have a choice to pay to be seen in a priority queue?	UNANIMOUSLY NO

W

JURADO DE CIUDADANOS

(Min. 00:50:04)

Un aspecto importante que voy a pasar muy rápido, del que podemos hablar más tarde, es todo el tema de los jurados de ciudadanos. Es un tema que se ha hecho sobre todo en Australia, en Nueva Zelanda y en el Reino Unido, que yo diría que es más anecdótico que real. Nos demuestra que los “citizens juries” funcionan muy bien a la hora de expandir prioridades, que no funcionan a la hora de restringir prioridades, de restringir paquetes. Como saben, funciona como un jurado. Es decir, es un jurado de ciudadanos, no expertos, que reciben asesoría de expertos técnicos y que toman decisiones a la hora de establecer paquetes de servicios de ver si una intervención debe estar dentro o fuera. Podemos hablar en más detalle de estos ejemplos, si quieren, en unos minutos.



Professionals & Patients Participation to identify and address Waste

Unnecessary Care in Canada

Key findings

In Alberta, **30%** of patients with lower-back pain without red flags had at least one unnecessary

In Manitoba, Saskatchewan and B.C., rates of low-dose quetiapine (commonly used to treat insomnia) increased among children and young adults age 5 to 24, even though this is not recommended by experts.

Communication with and Participation of Professionals and Patients key in times of crisis

- *Transparency and Benchmarking acceptable*
- *To identify & address waste*
- *Acceptability of reforms and cuts*



In Ontario, **23%** of inpatients with delirium had a potentially unnecessary head CT scan.

Red blood cell transfusions for elective hip (12%) and knee (8%) replacements have decreased but continue to be done across Canada, even though blood is a precious resource.

www.healthobservatory.eu

(Min. 00:50:52)

No es sólo la participación del paciente, sino del profesional. Ahí hay de nuevo otra pincelada. Espero que no estén hartos de tanta pincelada y transparencia. Pero espero, como les decía al principio, que les anime si no conocen estas intervenciones/estos nuevos desarrollos. Ahí tienen uno que se llama “Choosing Wisely”. Se ha hecho en algunos países, entre ellos este es el de Canadá. Y es fascinante porque no solamente es el paciente, sino el profesional. Es decir, estamos hablando de pacientes y profesionales que han sido consultados/han participado en cómo mejorar ciertos tratamientos y cómo ahorrar servicios.

Fíjense ustedes en los ejemplos. Por ejemplo, ahí en Alberta se habla de que en un 30% de los casos de pacientes con dolor de espalda no hacía falta un CT scan, un MRI o una radiografía. Se

ha visto, por ejemplo, que entre un 18% y un 35% de los casos no necesitan un test pre-operativo. Se ha visto, por ejemplo, que un 10% de los canadienses están utilizando medicinas ‘quetiapine’, muchas de ellas totalmente inefectivas. Y ha sido a través de trabajar con los pacientes además de con los profesionales. Sabemos también, y esto no es “wishful thinking”, que en la crisis, la comunicación y la participación con los profesionales y pacientes ha sido fundamental a la hora de gobernar sistemas en tiempos de crisis. Es decir, hemos logrado la aceptabilidad de los cortes y de las reformas, en inglés sería “one almost got away with murder” en este tiempo. Es decir, buenos comunicadores, buenos gobernantes han sido capaces de hacer grandes cambios que estaban ya en la “pipeline” en sus despachos y que han sido capaces de hacerlos durante la época de crisis gracias a la transparencia y la participación. Más que nunca he visto países poniendo en marcha sistemas de “benchmarking”, algo que no habían hecho políticamente antes. Pero ahora es mucho más aceptable.

En definitiva, creo que la participación y la transparencia ha tenido un impacto importante en esta época de crisis.

Finalmente, ya no les hablaré de “integrity”. He hablado demasiado. Me voy a saltar esta parte. Además, es bastante obvia.



Policy capacity

- **Financial**
- **Technical (e.g. IT, evidence,...)**
- **HR Skills**
- **Political**



Complexities of many structural reforms

- **Hospital closures and mergers**
- **Integrated care reforms**
- **Skill mix changes**
- **Evidence base medicine**
- **Health Technology Assessment**
- **E Health technologies**
- **Strengthen primary care**
- **Public health strategies**

www.healthobservatory.eu

CAPACIDAD DE LAS POLÍTICAS

(Min. 00:53:24)

Quizás acordarnos, y estoy ya en estas dos últimas diapositivas, el tema de la “policy capacity”. Esto es de pizarrín de nuevo. Esto es muy obvio, pero lo veo cada día, no cada semana sino cada día. Es decir, cuántas veces, en su campo más que nunca, vemos reformas que pueden ser efectivas, nuevo pago por servicio o nuevo pago por “performance”, un nuevo sistema de gobernanza, de reorganización, de compradores y de proveedores; un nuevo sistema de control de calidad en el cual no existen los recursos financieros, en el cual no existen los recursos técnicos, en el cual si hay algunos recursos humanos, están en el proveedor y nunca en el comprador, porque el proveedor paga mejor –así hablando en plata– donde no hay los recursos políticos para dar soporte a un cambio tan radical. Es decir, la necesidad de poner en marcha/

de asegurarnos de que aquellos mecanismos/aquella capacidad está en su lugar y adaptar las reformas a la capacidad política, de “policy”/de implementación, que tenemos. Este pizarrín es fácil pero en cuántos sitios no se está haciendo. Y para mí es una parte fundamental de lo que es la buena gobernanza. Y fíjense ustedes que esto, sobre todo, ocurre en muchas de estas reformas estructurales de las que estamos hablando en tiempos de crisis. Es decir, está claro, la política de cerrar algunos hospitales en algunos países está muy clara. Pero la complejidad de cerrar hospitales es un tema puramente de gobernanza. No es un tema de evidencia. Es un tema de planificación. Todo lo que serían la necesidad de cambiar el “skill mix”. Sabemos perfectamente que tenemos un “skill mix” muy inapropiado con médicos haciendo labores que enfermería, o auxiliares de enfermería podrían hacer mejor, o que asistentes sociales, trabajadores sociales o aquellos que dan soporte al enfermo a domicilio podrían hacer mucho mejor. Es decir, en muchos de estos casos es un tema de capacidad, de recursos humanos y es un tema de gobernanza. Y disculpen que sea tan fácil.



Final Reflections

- Governance matters but not an end in itself
- Context (as always) also matters
- Choose policies in light of your system of governance. E.g.
 - Focus and prioritize reform in light of Policy Capacity
 - Identify ‘ High Risks for Governance’
- Governance is not only the values but importantly specifics:
 - Focus on the strategies to ensure TAPIC attributes

www.healthobservatory.eu

Source: Greer S; Wismar M; Figueras J. 2016

REFLEXIONES FINALES

(Min. 00:55:49)

Las reflexiones finales son también muy claras. La gobernanza importa pero no es el objetivo. Uno puede poner un sistema de gobernanza muy bonito pero no funciona sobre todo porque no está adaptado al contexto. Como siempre el contexto es muy importante. Debemos de poner en marcha, de nuevo muy facilito pero muy importante, políticas en cuestión de la habilidad de su propio sistema de gobernanza. Y no solamente es, como les decía antes, un tema de “policy capacity”. Es un tema también de descentralización o centralización. Tiene poco sentido en países como España, Canadá o Suecia, poner mecanismos de gobernanza centralizados, aunque como les decía estamos viendo en países nórdicos que hay una cierta recentralización, y aun así algunos mecanismos centralizados de gobernanza no van a funcionar. Y aunque parezca

muy fácil esto ocurre siempre. Tenemos que adaptar la gobernanza no solamente a lo que sería mejor, sino a lo que sería más costo-efectivo encima del papel, como la evaluación de tecnología, sino en la práctica teniendo en cuenta el mecanismo de gobernanza general del sistema, no solamente sanitario sino del sistema social.

Y gobernanza era mi primera reflexión al principio. Por favor, gobernanza no es solamente sobre valores. Nos gusta a todos hablar y teorizar sobre valores, sobre moral, sobre principios y hay miles de papeles ahí afuera sobre estos aspectos. Y siempre es interesante oír de un buen político/“scientist” una buena presentación, de un sociólogo o de un antropólogo sobre gobernanza pero para nosotros no solamente es importante los “specifics”, la especificidad, el pragmatismo. Por tanto, espero que este viaje tan rápido y tan largo, y quizás pesado por lo cual me disculpo de nuevo, en estas estrategias alrededor de este mapa de TAPIC, les sirva a ustedes para reorganizar el tema de gobernanza y para ordenar un poquito lo que ustedes ya saben y para aplicar de una forma más práctica herramientas claras que les ayuden a mejorar la gobernanza.



Final Reflections

'Twas a dangerous cliff, as they freely confessed,
Though to walk near its crest was so pleasant;
But over its terrible edge there had slipped
A duke and full many a peasant.
So the people said something would have to be done,
But their projects did not fit all hands.
Some said, "Put a fence round the cliff,"
Some said, "An ambulance down in the valley."
Joseph Malins, "The Ambulance in the Valley," 1895

Governance! can turn Ambulances into Fences

"sensible few, who are practical too,
Will not bear with such nonsense much longer;
They believe that prevention is better than cure,
And their party will soon be the stronger."

www.healthobservatory.eu Source: Greer S et al. ; Health Policy Editorial 2017

GOBERNANZA

(Min. 00:58:09)

Acabo con lo que es gobernanza. Miren, esto es divertidísimo. Esto lo sacaba mi colega Scott Greer en un "special issue" que hemos hecho de "Health Policy" sobre gobernanza, no solamente del sistema sanitario, sino en todas las políticas. Y habla de un poema del año 1895, fíjense ustedes 1895. Ahí Joseph Malins dice: *"'Twas a dangerous cliff, as they freely confessed. Though to walk near its crest was so pleasant; But over its terrible edge there had slipped a duke and full many a peasant"*.

Simplemente, ese poema dice que ahí había unos acantilados, que todo mundo paseaba pero la gente resbalaba y se caía. La solución de la comunidad del pueblo de abajo era de dos formas.

Unos decían que lo había que poner era una barrera, ¿verdad? Otros decían que lo que había que poner era ambulancias al final del valle para recoger a los heridos y llevarlos rápidamente al hospital. El señor Joseph Malins acaba el poema diciendo: los que tenían razón, los que eran prácticos eran los que tenían sentido de que lo más importante, que la prevención es más importante que la cura y que lo mejor era poner barreras, poner “fences”, para que no se caiga la gente. Bueno, fíjense ustedes que desde 1895, y siendo eso tan obvio, todavía no ponemos barreras y seguimos construyendo ambulancias. ¿Y por qué? Pues porque al alcalde del pueblo le interesa dar trabajo a las ambulancias. Las ambulancias quedan mejor en la televisión porque son más de tecnología. Porque quizás las barreras no son tan bonitas, con unos acantilados tan bonitos, y no ofrecen una buena imagen del mar. Quizás porque la gente no entiende que si se va a pasear se puede caer y piensan que es mejor que una ambulancia los lleve rápidamente al hospital. Pero el tema de la gobernanza es que las ambulancias se convierten en barreras, en “fences”.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Min. 01:01:12)

Pregunta de Sandra Gloria:

¿Cómo y quién cree usted que debería conciliar o negociar la incorporación de nuevas tecnologías entre el financiador y quién aprueba esta incorporación? Lo pregunto en el marco de lo comentado por usted respecto a los recursos de cada financiador.

Respuesta Josep:

Es una pregunta excelente obviamente. Pues nadie y todos. Es decir, lo que sí está claro es que una agencia sola va a servir de bien poco. Hemos encontrado mecanismos a los que se va en todas partes, en los cuales esta agencia tenga una evaluación objetiva con la evidencia necesaria pero que a la hora de tomar decisiones consulte y trabaje directamente con el comprador, con el clínico, va a ser súper importante a la hora de adoptar decisiones, con el político sanitario y con el paciente. Es decir, no hay maneras mágicas. Hay maneras de consenso, sobre todo transparencia. Es decir, NICE hasta cierto punto es un buen ejemplo pero sólo hasta cierto punto porque NICE no siempre trabaja con el National Health Service; sí consulta, sí tiene al paciente pero me gustaría ahí ver todavía dos cosas. Me gustaría que fuera más reguladora y que estas decisiones fueran en conjunto con estos grupos y luego se publicaran de forma

transparente y clara. Obviamente, es un tema, de nuevo es fácil decirlo, de contexto, es decir dependerá del sistema que tiene, de qué mecanismos tiene para evaluar tecnologías en sus momentos, de si es un sistema público o privado y si es un sistema de seguridad social o si es un sistema de impuestos. Dependerá de si tiene usted varios compradores o un solo comprador. Debe adaptarse a estos elementos pero creo que la vía hacia adelante es consenso entre todos estos grupos y transparencia en cuanto a lo cual se pone en la mesa. También con el grado de flexibilidad apropiado para que el proveedor pueda, dentro de un paquete básico, tenga una serie de guías, pero él tenga la habilidad de poder ser flexible a la hora de utilizar cada una de estas guías y aplicarla a pacientes concretos. Es decir, yo no creo demasiado solo en listas negativas o positivas, sino pienso que en cuanto algo sea efectivo puede llegar a ser costo-efectivo para un grupo de pacientes. Pero debemos de dar más espacio dentro de un marco de un paquete, de listas positivas o negativas, por supuesto, pero un marco de espacio para el comprador y para el proveedor a la hora de tomar decisiones en intervenciones concretas y en pacientes concretos. No le ayudé demasiado. A mí me gustaría saber la respuesta final a esta pregunta pero creo que no la sabe nadie y la vía hacia adelante es como decía.

(Min. 01:04:40)

Pregunta de Marcela:

¿Cuáles son algunos de los argumentos por detrás del proceso de recentralización que se observa en algunos países europeos?

Pregunta de Martín:

Complemento esta pregunta preguntándote: ¿Qué énfasis particular merecen aquellos países que están altamente descentralizados desde el punto de vista del fortalecimiento de la gobernanza?

Respuesta Josep:

De nuevo, un tema fascinante. Muy buenas las preguntas. Vamos a ver. La primera parte, ahí hablaríamos de los nórdicos. Es decir, de momento lo que sería Italia y España todavía tienen mecanismos no descentralizados, sino de evolución diría yo. Ha habido, sin embargo, cierta recentralización interesante en Italia y también en España y ha sido con base en la crisis financiera. Es fascinante, fíjense ustedes, y esto sí que creo que es relevante a lo que ustedes están estudiando y están dirigiendo, que en épocas de crisis se deja de confiar en el mercado. Cuando no hay dinero, yo he visto asesorando pero no decidiendo, países en los cuales se ha dicho: “no

hay dinero, déjense ustedes de competición”. Ahí nosotros decidimos cuánto dinero, a cuánto y para quién. Es decir, uno esperaría que en momentos de crisis se hablara de más competitividad entre proveedores, en que la competitividad ayudara a más eficiencia y más ahorros. Pero en momentos de crisis hemos visto dos cosas: una, el mercado se disminuye y dos, se re-centraliza tanto a nivel regional, por ejemplo he trabajado en el Veneto y muchas otras regiones, y he trabajado con Roma, y hemos visto que en Roma toma más lo que sería presupuestos cerrados, contención de costos y las regiones re-centralizan también algunas decisiones. Por tanto, uno de los énfasis ha sido la crisis financiera, la crisis económica digamos. Otro ha sido, en los países nórdicos sobre todo, ha sido una mezcla de política general y de cambio social. Pero al mismo tiempo el tema quizás más importante ha sido la masa crítica, “critical mass”, las economías de escala. En Finlandia teníamos pequeñas municipalidades que, si bien eran buenas, o efectivas mejor dicho, a la hora de integrar la visión de la sociedad/de la comunidad en las prioridades, al mismo tiempo no tienen una gran capacidad de compra, de control de lo que serían los hospitales, los proveedores; no tenían ni la habilidad técnica ni la evidencia. Y es muy interesante. Estamos participando, como les decía antes, en la reforma finlandesa. Estuvimos haciendo hace poco una evaluación exterior de sus reformas y hablando con los distintos ministros. Y otro de los aspectos muy interesantes es que han centralizado lo que serían los servicios pero han dejado, y esto a mí me gusta mucho y además estuvimos de acuerdo con ello, lo que sería la salud en todas las políticas, lo que serían los determinantes, lo que sería la salud pública. Es decir, siguen teniendo a nivel de municipalidad todo lo que sería los determinantes de la salud, lo que sería la participación en los temas de salud, en el urbanismo, en el desarrollo social, en el empleo etc. Es decir, han logrado, y quizás los finlandeses en este sentido sean de los países más avanzados, que al nivel de municipalidad esta función continúe a la municipalidad mientras que (en nuestros países) se han centralizado más al nivel del condado y algunas más al nivel nacional. Por tanto, aspectos de evaluación de tecnología, de paquetes básicos etc. se están re-centralizando. Incluso en países como España empieza a parecer ridículo que el paquete básico sea distinto –empieza a parecer ridículo pero todavía no se está cambiando del todo– pero ya queda muy claro que el paquete básico debe ser a nivel nacional, de que las agencias deben, de alguna manera, hacer un “merging”, porque las tenemos a nivel regional. Tenemos casos en España, como, por ejemplo, operación de cambio de sexo, que se hace en algunas regiones y no en otras. Tenemos casos interesantes como el calendario de vacunaciones que se hace en unas regiones distinto a otras. Y no solamente en el tema de evaluación de

tecnologías, sino también en temas de paquetes distintos y falta de coordinación. Por tanto, en el área que les interesa no solamente hablamos de descentralización a nivel nacional, sino a nivel europeo. Sobre todo, en Europa, como les decía antes, donde la libre circulación hace que cada vez sea más fácil ir a tratarse a otro país por una intervención determinada. Por tanto, esto nos empuja a ser más transparentes, a tener un paquete básico común en Europa, aunque todavía estamos lejos de ello.

Me estoy enredando un poco. Martín, me recuerdas un poco, creo que era sobre esto la segunda parte de la pregunta. ¿Era esto o me he equivocado?

(Min. 01:09:56)

Martín:

Sí, en esa dirección, si el fortalecimiento de las relaciones entre niveles de gobierno sugiere prestar más atención a alguno de los cinco atributos que mencionas para el fortalecimiento de la gobernanza. Es decir, me imagino que la transparencia (...)

Respuesta Josep:

Sí la transparencia, sin duda. Uno de los temas quizás más interesantes que hemos visto y que se están subsanando ahora en España y en Italia es la transparencia. Es decir, a nivel central las regiones se aseguran de que el Ministerio no tenga la información, no pueda utilizar la transparencia y el "benchmarking" para compararlas porque se considera políticamente incorrecto. Y uno de los aspectos de re-centralizar, que es el que más he aconsejado siempre, es el de descentralizar la información. Es decir, que se utilice el "benchmarking"/la transparencia como una herramienta no de control, aunque sí lo es hasta cierto punto, pero es de autocontrol, que ayuda a la gobernanza y a aprender sobre el "benchmarking". Quizás una de las re-centralizaciones que tienen más sentido serían las de la información y las del "benchmarking". Por ejemplo, tenemos el grupo de Aragón. Les enseñaré un par de diapositivas de mi colega y amigo Quique Bernal, por favor si tienen tiempo. Miren, las alas de variación español y de mortalidad que es fascinante en cuanto a la mortalidad, la morbilidad y a la utilización de servicios de ciertas intervenciones con una variación enorme entre comunidades autónomas y dentro de las comunidades autónomas. Y esta información que todo el mundo tiene disponible no está utilizando el Ministerio de forma abierta y explícita porque se consideraría como una función que no corresponde al Ministerio. Y lo mismo he visto en Italia y curiosamente los

nórdicos, que están más avanzados, todavía tienen dificultades a la hora de utilizar la información de la transparencia como una forma de “benchmarking”. Por tanto, esta es la vía hacia adelante en países descentralizados y esas son las áreas a re-centralizar.

(Min. 01:12:09)

Pregunta de Oswaldo:

¿Podrían analizar la relación entre gobernanza e institucionalidad? Es un gran déficit en nuestros países latinoamericanos.

Respuesta Josep:

Explícame más. ¿A qué te refieres con institucionalidad? Es un tema que se define de muchas maneras y no sabría demasiado bien cómo enfocarlo.

Martín:

Bien, le pedimos a la persona que nos hace la pregunta que nos precise un poco a qué se refiere.

(Min. 01:12:50)

Pregunta de Felipe:

¿Existe evidencia sobre el impacto del “skill mix” en los sistemas de salud de la OCDE? Adicionalmente, ¿cuál es tu posición sobre los sistemas de salud con un modelo de asociación pública-privada?

Respuesta Josep:

De nuevo, dos grandes temas fascinantes. No quiero repetir ni hacer demasiado énfasis en nuestro trabajo pero estamos de nuevo publicando, cualquier día de estos, un trabajo precisamente comparando los países de la Unión Europea y algunos de la OCDE sobre el tema de “skill mix”. Hay diferencias enormes. Estamos precisamente evaluando innovaciones en “skill mix”. Estamos evaluando desde el papel de los “nurse practitioners”, que es bien conocido en Estados Unidos y en varias partes; estamos hablando también de todo lo que sería temas de enfermedad y de equipo mental, no solamente de “skill mix” en cuanto a nuevas profesiones, sino en cuanto a nuevos equipos para trabajar en la comunidad. Estamos hablando del “skill mix” y no hemos empezado a hablar del papel del paciente mismo a la hora de auto-gestionarse, el “self management”. Entendemos el paciente como parte de este “skill mix” y entendemos

también los grupos mixtos que atienden a los pacientes de forma domiciliaria, es decir que desde quien hace la limpieza, quien da la comida y el médico, que todos puedan compartir algunas de estas funciones aunque no les pertenezcan a su gesto profesional. Algunos de ellos podrían compartir. Estamos hablando, estamos estudiando estas diferencias en el “skill mix”, estamos hablando del impacto que tienen, y sobre todo estamos viendo que la clave de ello está no solamente en el impacto de laboratorio, como decíamos antes, de este “skill mix”, sino en su implementación. Y de nuevo, la gobernanza es fundamental. Es decir, el hecho de que uno pueda poner en marcha o de que uno adopte un nuevo mecanismo de nuevo equipo de atención primaria con distintas funciones y profesiones no es gobernanza. Gobernanza realmente es implementarlo. Gobernanza es cómo hacer para que haya el marco regulatorio apropiado, cómo es que haya la cultura apropiada médica para aceptar estas nuevas profesiones, cómo es que haya el incentivo apropiado para que la enfermera o el enfermo y otros profesionales se sientan atraídos. Es decir, más que los nuevos roles/profesiones, de los cuales hemos estudiado unos cuarenta o cincuenta, hemos focalizado nuestro trabajo en la gobernanza de la introducción de “skill mix”, de alguna manera hasta cierto punto la implementación. Pero para mí de nuevo la capacidad de implementar tiene mucho que ver con la buena gobernanza y con la buena capacidad de gobernar. ¿La segunda parte era de qué? ¿Martín, me repites?

(Min. 01:16:01)

Martín:

La segunda parte de la pregunta era: ¿cuál es tu posición sobre los sistemas de salud con un modelo de asociación pública-privada?

Respuesta Josep:

De nuevo, que pesado soy, tenemos otro estudio que ve precisamente la forma de gobernanza de los hospitales, mirando y estudiando algunos de estos mecanismos. Depende. Depende de qué país, depende en qué, depende si el público-privado es para contratar. Tenemos en este momento en Europa un rango infinito de mecanismos de público-privado que van desde que el privado construya el hospital y luego lo opere en función de unos pagos a diez años o veinte años; van desde que el público lo construye y lo contrate al sector privado; van a que el sector público contrate al privado para diagnósticos complementarios para limpieza; van a que los proveedores privados contraten salas públicas en los hospitales públicos, etc. Es decir, el rango es amplísimo. Está todo el tema del “private finance initiative”, del que hablaba al principio,

al que se le dio mucho “bombo y platillo” al principio, pero las evaluaciones no han resultado muy bien. Es decir, obviamente el sector privado solamente entrará en aquellas áreas donde haya beneficio claro y “profit”, lucro, claro. En algunos casos no es así. En algunas cosas las deficiencias necesarias para que este lucro exista no se realizan y por tanto el lucro se realiza a través de recortar servicios. No estoy en contra del privado de ninguna manera, ni del público por supuesto. Estoy hablando simplemente de la evidencia. Creo que en cuanto a evaluar este tema de nuevo, si quieren ustedes, es la gobernanza. Es decir, el público-privado se ha evaluado muy mal, se ha comparado muy mal, hay muy poca transparencia, hay mucho sesgo, hay mucha selección. En el privado normalmente estas experiencias innovadoras se hacen en campos y grupos de menos riesgo, donde se financia mejor. El pago por un parto que se lleva habitual en el sector privado puede ser el mismo que en el sector público, pese a que el privado normalmente seleccionará al parto joven, al parto que esté buscando un buen menú o una buena habitación, mientras que el público en edad de riesgo, etc. Es bastante difícil comparar/evaluar el impacto de estos dos mecanismos. Ahí es donde de nuevo la gobernanza es muy importante. Pero no me atrevería a decirles “sí” o “no”. Sin duda, la contratación de pruebas diagnósticas se está haciendo donde uno en el sector privado pueda determinar el producto, pueda evaluar la calidad muy bien y medirlo y monitorearlo muy bien. Yo creo que ahí hay un espacio importante donde puede haber masa crítica, como tener un laboratorio para todos los hospitales dentro de una ciudad. Esto puede llevar a eficiencias. Si tenemos áreas donde les podría decir “sí” el público-privado funciona muy bien, otras que están haciendo un desastre, otras que depende. Siento no poder decirles más.

Martín:

En el libro justamente sobre gobernanza del Observatorio se mencionan algunos casos donde incluso en momentos donde se decide contratar a estos servicios privados, ‘tercerizarlos’, requiere también la generación de ciertas capacidades para poder administrar correctamente estos servicios. No es que nos libera de tener ciertas capacidades que podemos encontrar en el sector privado.

(Min. 01:20:18)

Aclaración de Oswaldo:

En nuestro contexto, en la región latinoamericana, tenemos ciertas debilidades institucionales. Si bien es una gran aspiración fortalecer nuestra gobernanza, vemos que las debilidades a veces son muy serias. Nos va a requerir mucho tiempo y esfuerzo poder generar estas instituciones que van a poder desarrollar una gobernanza que cumpla

con estos atributos y estas características que vos mencionas. En este sentido ¿cómo crees que se podría comenzar a avanzar en esta dirección partiendo de que instituciones no tan robustas o que están bastante lejos de las instituciones europeas?

Respuesta Josep:

Ahora entiendo muy bien y disculpa que tuviste que ampliar la pregunta porque de alguna manera la pregunta se responde en estas aclaraciones. Precisamente, si algo queda claro, o si algo queríamos que quedara claro de nuestro trabajo, ha sido precisamente que no hay un modelo de gobernanza. No hay un “gold standard”. Es decir, es un camino largo a la gobernanza. Un gran error ha sido, y lo hemos visto en muchas ocasiones, es poner sistemas de “accountability”/transparencia que las instituciones no pueden implementar, que no tienen la capacidad de implementar. ¿Qué les diría yo? No voy a mencionar al autor al que quiero con locura como compañero, es una persona con la que he trabajado mucho, que ha hecho un estudio hace unos años sobre pago por “performance” en Ghana y hablaba de cómo el pago por “performance” (desempeño) se estableció en Ghana. Y luego de ahí se ha aplicado este concepto en varios países de “low-income”. ¿Qué quieren que les diga? Creo en principio en el pago por “performance” pero la posibilidad que en ciertos contextos tengas la información, la integridad, la falta de corrupción y mecanismos de gobernanza para poder ponerlo en marcha, es muy limitada. Y el costo para medir estos resultados va a ser altísimo con un costo de costo-oportunidad enorme en cuanto a otras áreas. Hay maneras de incentivos que no son pago por “performance” que pueden obedecer a la necesidad de atraer al profesional, que el profesional no emigre de estos países, etc.; pero para un sistema sofisticado pago por “performance” no tendrá sentido. Lo mismo os diría de los “GDRs”, los “cash mix”. Lo mismo les diría, y eso lo he visto ad nauseam una vez y otra y otra, los sistemas complejos de contratación. Cuanto más complejos los sistemas son, no quiere decir que uno controla mejor a las instituciones, sino al contrario. Es decir, lo que quieres es mecanismos que uno pueda entender muy bien, que sean muy transparentes y muy sencillos. Es cuando uno pone un sistema muy complejo de medida que estas instituciones menos elaboradas, más corruptas –si me permiten– con menos “integrity” podrán manipular estos mecanismos. Hacerlo de una forma simple, transparente, empezar por el tema de “accountability”, por proceso, por mecanismo –mecanismo de consenso, de debate, de discusión– que poco a poco vayan llevando a una gobernanza más sofisticada, si quieren ustedes, con objetivos mucho más limitados. Y además no siempre hablando de la descentralización de proveedores, “self-governance” etc., sino a veces el “top-

down” es muy útil. A veces tener un “top-down” claro a nivel del comprador, al nivel central, en ciertas áreas es apropiado. Por ejemplo, lo que se hizo en Colombia, ustedes lo conocen y yo no, pero puede ser una oportunidad de leer, hay cosas preciosas en estas reformas. Pero quizás, y con toda la humildad del mundo, porque solamente he leído algún papel y he visto a compañeros del país que me han contado cosas, quizás llegó demasiado lejos a lo que las instituciones del país podían implementar. Y por favor, estoy seguro de que hay un colombiano que está en desacuerdo conmigo, ya les digo he leído algunos papeles y he hablado con algunos compañeros, mi primera sensación es que fue una reforma en la dirección apropiada súper interesante pero que las instituciones no eran capaces de implementar –no solamente las sanitarias sino sociales– si es una sociedad, como decía antes, de la sociedad holandesa o danesa que tiene ya mecanismos de transparencia, de “checks and balances”, que quizás en nuestras sociedades –incluyendo la nuestra, no vaya a ser la española o la catalana en mi caso– que no esté preparada para poner a algunos mecanismos en su lugar. Por tanto, mucho pragmatismo, mucha simplicidad. No sofisticar demasiado los mecanismos. Que sean claros y transparentes.

