

# **TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:**

## **LA PRIORIZACIÓN Y EL COSTEO DE SERVICIOS DE SALUD**

### **Diseño de un plan de beneficios en Honduras**

*Presentado por Pamela Góngora, Natalia Jorgensen, Rodrigo Muñoz, Ursula Giedion*

**Social Protection and Health  
Division Inter-American  
Development Bank**

[www.iadb.org/es/salud](http://www.iadb.org/es/salud) - [scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

Copyright 2021© Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (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.



# **LA PRIORIZACIÓN Y EL COSTEO DE SERVICIOS DE SALUD**

## **Diseño de un plan de beneficios en Honduras**

**Mayo 2021**

**Presentado por Pamela Góngora, Natalia Jorgensen, Rodrigo Muñoz , Ursula Giedion**

**ENCUENTRA EL WEBINAR EN <https://criteria.iadb.org/es>**

# INTRODUCCIÓN

**Minuto [00:06:26] Marcela Distrutti:** Muy buenos días a todos y a todas, vamos a empezar con esta nueva sesión, con este webinar, muchas gracias por acompañarnos en esta sesión, este es un webinar muy especial para nuestra *Red Critería*, una red de conocimiento de la División de Protección Social y Salud del *BID*, ya que se enmarca en el contexto de la asistencia técnica del *BID* en Honduras y también de nuestro apoyo, de la *Red Critería*.

Hemos apoyado durante casi 2 años al gobierno de Honduras en el diseño de un plan de beneficios. Hoy compartiremos esta experiencia con ustedes. Para empezar, me gustaría ceder la palabra a Hugo Godoy, especialista líder en protección social y salud del *BID* en Honduras, quien nos acompañó durante todo el proyecto y quien conoce mejor que nadie todo el contexto del país. Hugo será el moderador de esta sesión. Hugo, adelante.

**[00:07:23] Hugo Godoy:** Gracias Marcela. Como especialista de salud del *BID* he tenido que jugar el rol de coordinar esta excelente asistencia técnica de la *Red Critería* y el día de hoy voy a tener el privilegio de estar moderando este Webinar. Para poner un poco en contexto el mismo, quisiera referirme a que Honduras es un país pobre que tiene grandes limitaciones de recursos para poder satisfacer las demandas de las necesidades de salud de la población. Ante esta situación, ante esta escasez de recursos, como muchos países lo hacen, Honduras ha tenido que hacer una priorización implícita de los servicios que se ve reflejada en grandes listas de espera, en baja cobertura, en mala calidad, entre otros.

Ante esta situación, las autoridades hondureñas solicitaron una cooperación técnica en este caso liderada por la *Red Critería* para la elaboración de un conjunto garantizado de primera prioridad como un camino hacia la cobertura universal de salud.

La asistencia técnica de la *Red Critería* contesta, en este caso, las preguntas que las autoridades de salud en Honduras tenían, como: ¿Cómo priorizar? ¿Qué priorizar? ¿Cuánto cuesta? O el costo del mismo. Y cuyo trabajo presentamos ahora.

Es un gusto para mi compartir esta mañana con el equipo técnico que estuvo trabajando en la elaboración del plan de beneficios en Honduras y me gustaría presentar en este caso que estará con nosotros Pamela Góngora. Pamela es economista experta en política pública y priorización. También estará con nosotros Natalia Jorgensen, economista experta en evaluación de tecnologías sanitarias. Rodrigo Muñoz es ingeniero experto en costeo y evaluación de impacto. Y de la casa, como siempre, está con nosotros Úrsula Giedion, coordinadora de la *Red Critería*, economista, experta en políticas de la salud y priorización explícita. Así que muchas gracias por nuestros panelistas el día de hoy.

Quisiera antes de comenzar, nos gustaría saber un poco sobre todos ustedes y su relación con el tema que hoy nos ocupa, que son los planes de beneficios en salud. Por ello queremos hacer una pequeña encuesta.

# PRESENTACIÓN

Antes de pasar la palabra a nuestros ponentes de hoy, queremos invitarlos a contestar la siguiente pregunta:

*“¿Ud ha trabajado en el diseño o implementación paquetes en salud o expansión de cobertura en salud?”*

1

2



## [00:09:58] Diapositiva- Poll 1

En un momento verán ustedes, como lo están viendo ahora, aparecer en sus pantallas una ventana con la siguiente pregunta: ¿Has trabajado en el diseño o implementación de paquetes en salud o expansión de cobertura en salud? Les pedimos que contesten sí o no y que clickeen en su meet o enviar. Dejaremos la encuesta abierta por unos segundos, por favor.

**[00:10:38]** Vemos que la mayoría de las personas pues estamos 50 y 50, un 50% sí ha trabajado en el diseño de implementación de paquetes y un 50% no. Estamos empatados el día de hoy y qué bueno porque de esta manera podemos aprovechar mejor este webinar del día de hoy.

Antes de iniciar la presentación me gustaría recordarles que al final de las presentaciones tendremos una sesión de preguntas y respuestas, así que los invitamos a enviar sus preguntas a través del chat durante la presentación, por favor envíen las preguntas a todos o everyone.

## Parte 1

# Los pasos esenciales y las preguntas fundamentales

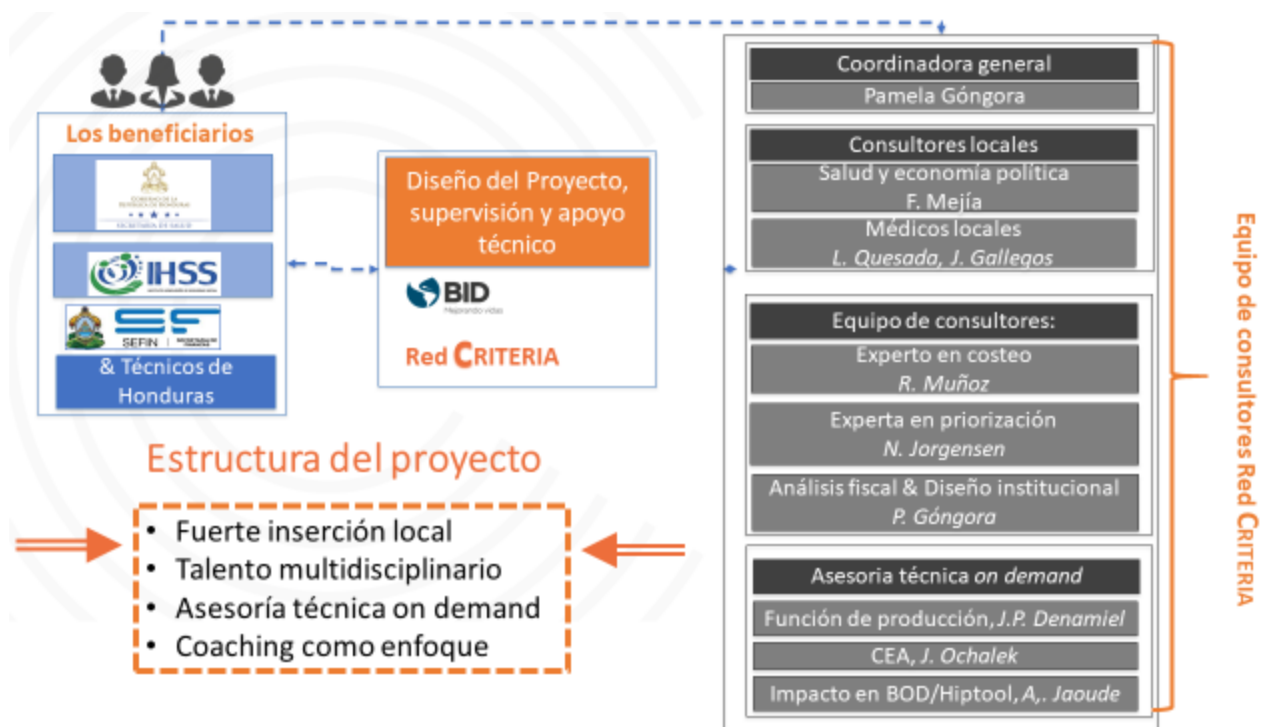
*Pamela Góngora*



**[00:11:21] Diapositiva- Parte 1. Los Pasos Esenciales y las Preguntas Fundamentales. Pamela Góngora.**

Ahora me gustaría, en este caso, pasar la palabra a Pamela Góngora, quien expondrá sobre los pasos esenciales y las preguntas fundamentales en el diseño de un plan de beneficios en salud. Gracias Pamela

**[00:11:43] Pamela Góngora:** Gracias Hugo.



## [00:11:45] Diapositiva -Equipo de Consultores Red Criteria + Estructura del Proyecto

Bueno, para contarles un poco cómo se conformó este equipo de trabajo que es un equipo de trabajo técnico interdisciplinario, amplio, diverso y bastante articulado, tuvimos como punto de partida reconocer en principio el rol de los técnicos locales y la importancia de incluirlos o de tenerlos presentes a lo largo de todo el proceso.

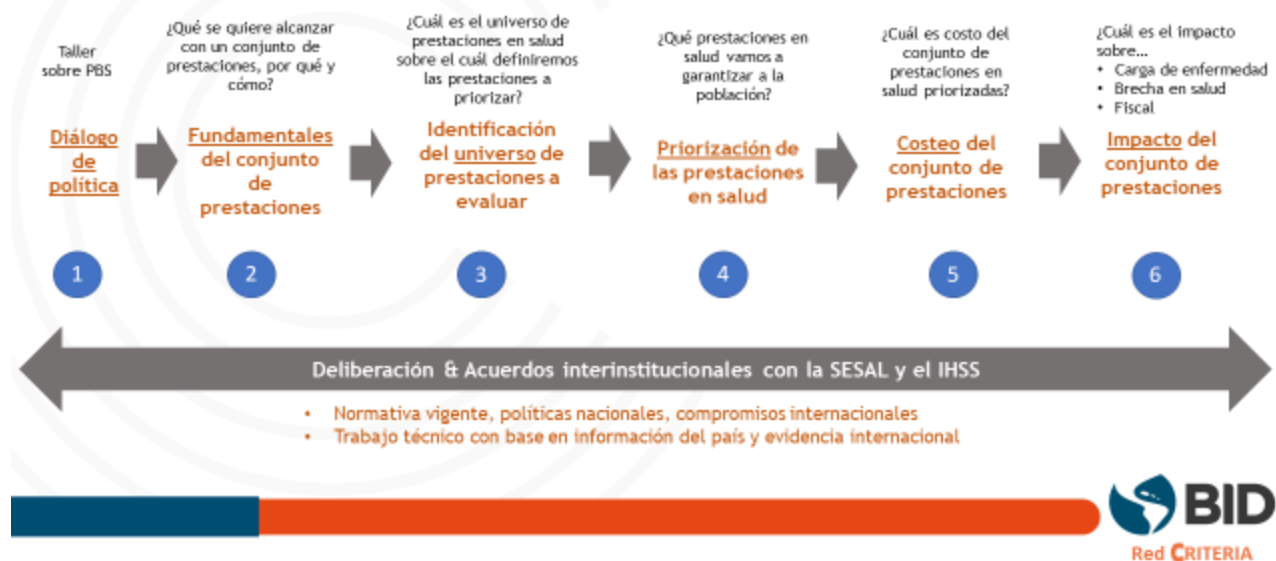
La importancia de contar con un equipo de consultores interdisciplinario y también, obviamente, el acompañar desde el *BID* y desde la *Red Criteria* todo el proceso desde el momento uno, hasta el momento de hoy que estamos ya cerrando el proyecto. Además, también de buscar un apoyo a demanda de parte, o por parte de algunos expertos a nivel internacional.

En este sentido, desde el país, estuvimos contando con el apoyo de técnicos de la *SESAL*, que es la *Secretaría de Salud de Honduras* y el *IHSS* que es el *Instituto Hondureño de Seguridad Social*. Estas dos instituciones conforman el Sistema de Salud Hondureño y también contamos con técnicos de la *Secretaría de Finanzas* que es la *SEFIN*.

Desde el punto de vista de los consultores que participamos en el proyecto, la coordinación estuvo a mi cargo. Entre los consultores locales, [quiero] resaltar la participación de Fanny Mejía como experta en salud y en la economía política del país; así como el rol que jugaron los médicos locales concededores de la práctica local: el doctor Quesada y el doctor Gallegos.

En cuanto a las temáticas específicas, Rodrigo Muñoz estuvo a cargo del costeo; Natalia Jorgensen de la priorización y yo a cargo del análisis fiscal y del diseño institucional. Contamos también con asesoría técnica a demanda, como mencioné, de expertos de Inglaterra y de Argentina.

## 6 pasos para diseñar el Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH)



### [00:13:47] Diapositiva- 6 Pasos para Diseñar el Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH)

Sobre los pasos, empezamos en el 2017 con un taller, que es el punto 1, que es un taller que llevamos a cabo con técnicos del país sobre planes de beneficios en salud. En un segundo momento, que partimos ya cuando inicia formalmente el proyecto en noviembre del 2019, partimos por definir los fundamentales del conjunto de prestaciones y con esto lo que queríamos respondernos es: ¿Qué queremos alcanzar con un conjunto de presentaciones? ¿Cómo y por qué?

Este punto, por lo general, se descuida y digamos que no le prestamos la suficiente atención y acá es importante porque es lo que nos permite definir la hoja de ruta para el resto del proyecto.

Una vez hemos definido los fundamentales, en un punto 3, nos enfocamos en identificar el universo de prestaciones en salud, a evaluar y con esto hago referencia a cuáles son los candidatos, como prestaciones de servicios, a considerar para ser parte del conjunto priorizado de prestaciones en salud para Honduras.

Una vez hemos identificado ese universo, pasamos justamente a hacer la priorización que parte de una evaluación basada en un método analítico que escogimos para evaluar una a una estas prestaciones y definir cuáles son los contenidos de estos conjuntos de prestaciones en salud.

Una vez hemos definido estos contenidos, pasamos a definir el costeo del conjunto para luego hacer un análisis de los impactos del conjunto en términos de carga de enfermedad; de cierre de brechas en salud, es decir, de equidad en salud; y también de análisis de impacto fiscal.

A lo largo de este proceso, de estos 6 pasos que seguimos, contamos con una deliberación y acuerdos institucionales con la *SESAL* y con el *IHSS* que, como dije, son las dos instituciones que conforman el Sistema de Salud Hondureño, tuvimos muy en cuenta la normatividad vigente, las políticas nacionales,



los compromisos internacionales que ha adquirido el país y, por supuesto, estuvimos basados tanto en la información con la que cuentan las instituciones hondureñas, como con la mejor evidencia internacional posible.

# Fundamentales del CPPSH

## ¿Qué? Objetivo

Garantizar a **toda la población** el acceso **equitativo, efectivo, oportuno y de calidad** a las prestaciones y servicios de salud (promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) **esenciales a lo largo del curso de vida**, con base en la suficiencia **operativa y financiera del sistema de salud**.

- Acuerdo en lo básico (valores sociales): punto de partida para definir alcance y metodología.
- Resultado de discusiones con equipo interinstitucional

## ¿Cómo? Alcance



¿Quién? **100% de la población**, sin importar el subsector al cual pertenezcan o al régimen de aseguramiento.



¿Qué? **Prestaciones esenciales** a lo largo del curso de vida.



¿Dónde? Prestaciones en salud **individuales de primer y segundo nivel** de atención; y **Servicios de salud pública** o de interés sanitario.

## ¿Cómo? Punto de partida



Conjunto base construido por la **SESAL (CGPSS, 2019)** como punto de partida.



**Disease Control Priorities - DCP3**

- Universal health coverage (UHC)
- Essential universal health coverage (EUHC)
- Highest priority package

Dean, T., et al (2017) *Disease Control Priorities, Third Edition (Book)*

112  
prestaciones de  
salud



## [00:15:54] Diapositiva- Fundamentales del CPPSH

Para contarles rápidamente cuáles fueron los fundamentales del conjunto, entonces:

El objetivo que es el punto de partida es definir justamente cuál es el objetivo del conjunto de prestaciones, garantizar a toda la población el acceso equitativo, efectivo, oportuno y de calidad a las prestaciones esenciales a lo largo del curso de vida. Esto, si nos damos cuenta, tiene justamente los elementos de lo que define la cobertura universal en salud que es lo que los países queremos alcanzar, y si se dan cuenta contiene justamente los valores sociales que van a guiar el ejercicio de priorización del conjunto.

Para el alcance del conjunto, definimos entonces ahí ¿a quiénes estamos cubriendo? ¿qué prestaciones son las que vamos a incluir en el conjunto? y ¿en qué nivel o qué tipo de prestaciones vamos a incluir?

En este sentido, el equipo interinstitucional definió el alcance para el 100% de la población, las prestaciones esenciales, tanto individuales como de segundo nivel, y también prestaciones colectivas.

Y para definir el universo, identificamos dos puntos o fuentes: una nacional que es un conjunto base construido por la *Secretaría de Salud, el Ministerio de Salud de Honduras* en donde identifican una serie de tecnologías en salud, acciones más importantes para la práctica de salud hondureña; y el DCP3 que es un estudio que es quizá el mayor esfuerzo que se ha hecho a nivel internacional para definir o proponer un conjunto de prestaciones en salud para países de ingresos medios y bajos.

Con esto entonces definimos 112 prestaciones que entramos a evaluar utilizando un método analítico sobre lo cual Natalia nos va a hablar más en detalle.

## Parte 2

# Priorizando las intervenciones

*Natalia Jorgensen*



**[00:17:54] Diapositiva- Parte 2. Priorizando las Intervenciones. Natalia Jorgensen.**

Antes de iniciar con cuál ha sido la priorización en Honduras, vamos a hacer una nueva poll para ver cuáles consideran ustedes que son los criterios más relevantes para priorizar prestaciones en salud.

Y antes de que comencemos a hablar sobre cómo en Honduras priorizamos las intervenciones...

Si tuvieras que elegir criterios para priorizar prestaciones en salud, cuáles elegirías (escoja máximo 3) :

- a. Equidad,
- b. Costo efectividad
- c. Protección financiera;
- d. Factibilidad de implementación;
- e. Impacto sobre calidad de vida;
- f. Continuidad del tratamiento;
- g. Otras

1

2



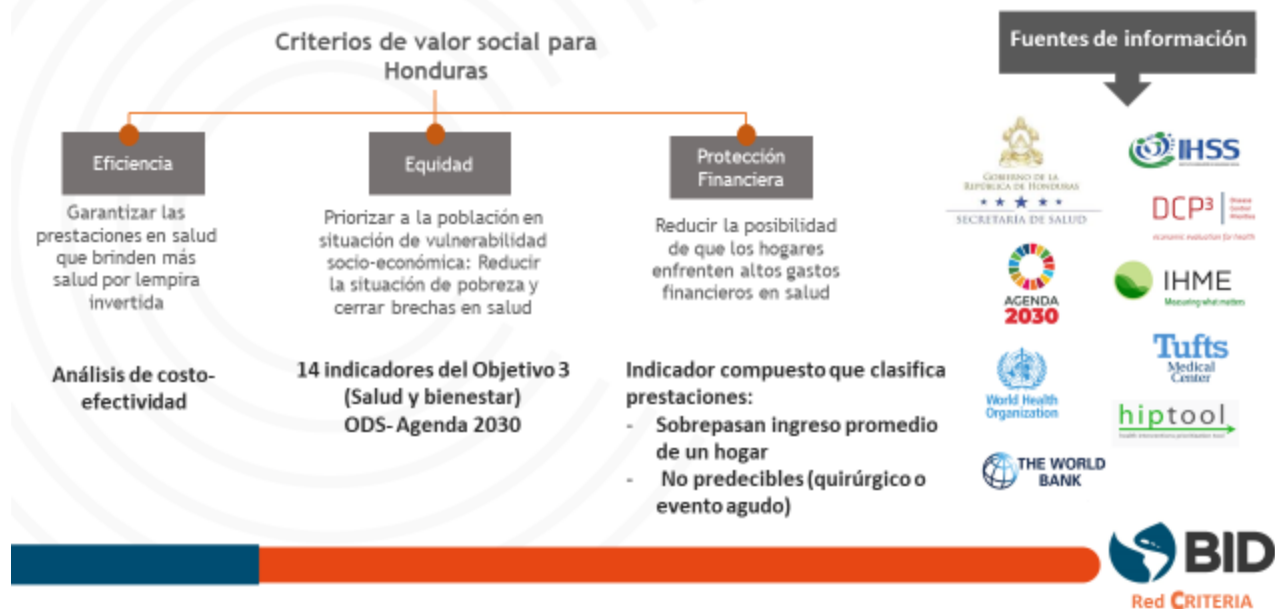
## [00:18:00] Diapositiva- Poll 2

Así que aquí tenemos la poll, cuando quieran tienen unos segundos para ir eligiendo máximo 3 de las opciones. Fíjense que tenemos equidad, costo efectividad que estaría reflejando eficiencia, protección financiera, factibilidad, impacto sobre calidad de vida, continuidad del tratamiento u otras.

Fíjense que ahí vamos viendo que equidad, costo efectividad y protección financiera, impactos sobre la calidad de vida, son las opciones que tienen más frecuencia en las respuestas.

Ahora vamos a ver cuando terminemos el poll cuál es el resultado final. Fíjense que ahí equidad aparece como la opción más relevante, luego costo-efectividad, impacto sobre la calidad de vida, protección financiera y la factibilidad de implementación.

## Priorización de las prestaciones en salud



### [00:19:16] Diapositiva- Priorización de las Prestaciones en Salud

Natalia Jorgensen: Cuando fuimos a Honduras, se generó un proceso deliberativo. Dentro de ese proceso deliberativo se definieron cuáles son los criterios que se iban a utilizar para evaluar las prestaciones en salud dentro del proceso y el método analítico elegido.

Y finalmente quedaron estos 3 que estamos viendo acá, vemos que se prioriza por eficiencia, por equidad y por protección financiera. De modo tal que fíjense que esto está muy alineado con los objetivos de los sistemas de salud planteados por la Organización Mundial de la Salud, en los cuales establece que estos 3 también son los primeros o más relevantes objetivos de los sistemas de salud.

El método elegido en función de estos 3 criterios fue el modelo de costo-efectividad extendido o ampliado que lo que hace es sentar la costo-efectividad sobre criterios de eficiencia y nos permite ampliarlo y tener en cuenta este criterio de equidad, es decir, de cierre de brechas, buscar el cierre de brechas en términos de acceso a la salud.

Y también tener en cuenta la protección financiera de los hogares, es decir, tener en cuenta aquellas prestaciones que nos permitan reducir la posibilidad de que los hogares enfrenten altos gastos financieros en salud.

Ahora, una vez que definimos los criterios y el modelo analítico, pasamos a un proceso que no es menor que es la operativización de estos criterios. Trabajamos bastante en esta operativización de los criterios. El criterio de eficiencia lo operativizamos utilizando el análisis de costo-efectividad incremental, y para ello necesitábamos los ratios de costo-efectividad de cada una de las prestaciones y también la definición de umbral para Honduras, es decir, cuándo definimos que una prestación es costo-efectiva para Honduras.

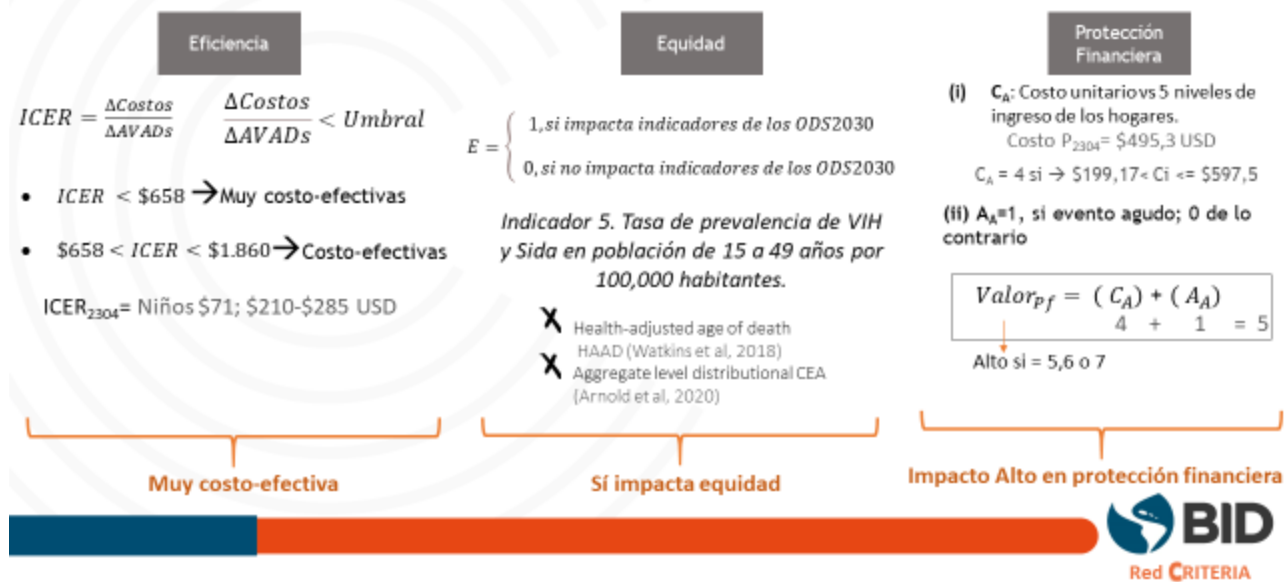
En el caso de equidad tuvimos varias deliberaciones porque fíjense, una cosa es lo que queremos hacer y otra cosa es lo que podemos hacer con las restricciones de datos que tenemos y el tiempo que también es limitado.

Acá, cuando analizamos la literatura, vimos que había distintas opciones pero que requerían un número de datos que no teníamos disponibles; por lo cual lo que hicimos fue pensar qué era lo que podíamos hacer con los datos que teníamos y utilizamos la agenda del 2030 con los ODS 2030, el objetivo 3 de estos ODS para poder operativizar este criterio de equidad.

Por último, en protección financiera lo que hicimos fue tomar en cuenta las variables que utilizaba el estudio DCP3 que les comentó Pamela y en ese caso lo que hicimos fue tomar el costo de las prestaciones con relación al ingreso per cápita familiar y también qué grado de predictibilidad tenían esas prestaciones.

# Priorización de las prestaciones en salud

## Prestación 2304: Manejo de paciente VIH positivo primer nivel



## [00:22:19] Diapositiva- Priorización de las Prestaciones de Salud

Entonces acá tienen un ejemplo que es una de las 312 prestaciones que analizamos, que es para el manejo del paciente VIH positivo en el primer nivel de atención. Obtuvimos los ratios de costo-efectividad incremental de la literatura y para eso utilizamos ya un análisis previo muy exhaustivo que había realizado el DCP3, pero también otras fuentes de datos como la base de datos de *Tufts (Medical Center)* que tiene ratios de costo-efectividad incremental.

Luego hicimos el análisis para utilizarlos, en el caso específico de Honduras, y para definir el umbral de costo-efectividad incremental lo que hicimos fue utilizar 3 trabajos que están publicados en la literatura: el de Ochalek del 2018, el de Woods del 2017 y el de Pichón Riviere del 2017 para identificar cuál era el umbral que ellos estaban proponiendo en tanto que ellos estaban realizando un análisis de umbrales para distintos países de América Latina y también del mundo. El umbral finalmente utilizado fue de 1860 dólares por DALY (años de vida ajustados por discapacidad por sus siglas en inglés) con lo cual todas las prestaciones por debajo de este valor fueron consideradas costo-efectivas y por encima no costo-efectivas.

Acá tienen un ejemplo de cómo operativizamos muy sencillamente el indicador de equidad y hay algo que es importante que es basarse también en la información y en estudios previos, en análisis previos que se han realizado para poder avanzar. No es necesario o creíamos que no era necesario hacer algo demasiado complejo y que terminara siendo una caja negra que fuera muy difícil de comunicar. De esta manera si impactó de alguna manera o si estaba asociado con un ODS 2030 se consideró que la prestación impactaba en equidad, y esto lo pudimos hacer por cómo se conformaron esos indicadores que tiene el objetivo 3 de la agenda 2030.

Y para protección financiera utilizamos los datos de costos que se estimaron dentro del proceso en relación con los ingresos per cápita familiares. Ahí definimos si es costo-efectivo o no, si impacta o no sobre equidad y si el impacto que tenía sobre protección financiera era alto, medio o bajo.



## Priorización de las prestaciones en salud

Código	Prestación	Tipo de Interv.	Población	Línea de salud	Lugar de atención			Conjunto de prioridad (1,2,3)	Eficiencia	Equidad	Protección Financiera
					Comun.	1er nivel	2do nivel				
2304	Manejo de paciente VIH positivo primer nivel	TRA	Población general	HIV/SIDA/ Enfermedades de transmisión sexual	0	X	0	1	COSTO EFECTIVA	SI	ALTO

Después de evaluar todas las prestaciones....

Subconjunto	Descripción	Algunos ejemplos de prestaciones incluidas
Conjunto 1 Primera prioridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>74 prestaciones en salud (I Nivel de atención)</b></li> <li>- Las más costo-efectivas, y que más impactan en términos de equidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención prenatal de alto riesgo</li> <li>- Manejo de la desnutrición aguda grave</li> <li>- Inmunización SRP (sarampión, rubeola, parotiditis)</li> </ul>
Conjunto 2 Segunda prioridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>16 prestaciones en salud (II Nivel de atención)</b></li> <li>- Prestaciones costo-efectivas con alto impacto en equidad y protección financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención Coronaria para Infarto Agudo de Miocardio</li> <li>- Diagnóstico de resistencia y tratamiento MDR para Tuberculosis</li> </ul>
Conjunto 3 Tercera prioridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>22 prestaciones en salud (II Nivel de atención).</b></li> <li>- Prestaciones no costo efectivas, pero con alto impacto en equidad y protección financiera y prestaciones con dificultad de implementación con cobertura universal en el corto plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento de la hipertensión en pacientes con comorbilidades ( diabetes e renal)</li> <li>- Manejo del paciente adulto con diabetes tipo 2 (para insulina dependientes no complicado)</li> <li>- Manejo de la enfermedad renal</li> </ul>



### [00:24:49] Diapositiva- Priorización de las Prestaciones de Salud- Subconjuntos

Natalia Jorgensen: De esta manera este proceso lo seguimos para cada una de las prestaciones, para las 112 prestaciones hicimos esa caracterización y finalmente, teníamos caracterizadas y rankeadas por cada uno de esos criterios y también por los 3 conjuntamente, todas las prestaciones.

Ahora cuando tuvimos eso hay un factor que también apareció en la encuesta que es el tema de la implementación. Veíamos que algunas de esas prestaciones podían ser difíciles de implementar con cobertura universal en el corto plazo con lo cual acá, tuvimos un trabajo y deliberación con los médicos locales y con todo el equipo local para ver en qué medida impactaba la implementación dentro de las prestaciones que teníamos en el conjunto.

Finalmente, esta priorización conjuntamente con este análisis que se realizó con expertos, conformaron 3 subconjuntos dentro del conjunto: un conjunto de primera prioridad que tiene lo que es de primera necesidad, que es la atención materno infantil, el manejo de la desnutrición, las inmunizaciones.

Y si avanza en nivel de complejidad y también menor nivel de costo-efectividad, pero con impacto en equidad y en protección financiera hasta llegar a un conjunto de tercera prioridad que tiene tratamientos ya de enfermedades crónicas no transmisibles y en algunos casos, prestaciones que no son costo-efectivas pero que sí tienen impacto sobre equidad y sobre protección financiera.

Para concluir, utilizamos un método analítico y estuvimos intentando conformar, llevar e implementar este método analítico de una manera robusta desde lo técnico y también que pudiera ser comunicable. Y algo que fue muy importante para nosotros fue la trazabilidad de todo el proceso, saber de dónde partimos y a dónde llegamos y poder ir hacia adelante y hacia atrás en este proceso; para una vez tenido este conjunto, poder seguir con los siguientes pasos del plan de beneficios y el siguiente paso fue el costeo de todas estas prestaciones que ahora les va a comentar Rodrigo.



## Parte 3

# Costeando las intervenciones priorizadas *Rodrigo Muñoz*



### **[00:27:04] Diapositiva- Parte 3. Costeando las Intervenciones Priorizadas. Rodrigo Muñoz.**

Gracias Naty. Voy a ir contándoles paso a paso cómo hicimos el costeo. Son 5 pasos y mientras les muestro cómo lo hicimos les voy a dejar una idea que les puede servir si alguna vez les toca hacer algo parecido.

## Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones

Objetivo: generar evidencia sobre la brecha de recursos para alcanzar cobertura universal en salud

Paso 1: Calcular costo de recursos requeridos para entregar un servicio de calidad a todos quienes lo necesiten

$$\text{Costo normativo} = \frac{\text{Cantidad de casos}}{\text{de casos}} \times \frac{\text{Costo por caso}}{\text{por caso}}$$



### [00:27:21] Diapositiva- Costeo del Conjunto Priorizado de Prestaciones- Paso 1

La meta principal del costeo fue ayudar al Ministerio de Salud y al Instituto de Seguridad Social a generar evidencia de que los recursos actuales que tienen en salud son insuficientes para lograr cobertura universal.

El primer paso para hacer esto es estimar cuánto costaría entregar una prestación a toda la población que lo necesita y esto es lo que se denomina costo normativo y se calcula muy fácilmente. Primero tenemos que estimar la cantidad de personas que necesitan la prestación, más precisamente la cantidad anual de casos, por ejemplo, la incidencia de diarrea en el caso del tratamiento de la diarrea, la prevalencia de diabetes en el caso del tratamiento de la diabetes... Y segundo, tratamos de estimar el costo promedio por caso, de manera que el costo normativo total es la cantidad de casos multiplicado por el costo por caso.

## Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones

Ejemplo de costeo normativo ( $\text{Costo normativo} = \text{Cantidad de casos} \times \text{Costo por caso}$ )

Canasta de la prestación 'Planificación familiar (sin implantes)'							
#	Descripción producto o servicio	Cantidad	Frecuencia	Costo unitario SESAL	Costo unitario IHSS	Costo total SESAL	Costo total IHSS
1	Consejería en anticoncepción zona urbana (enfermera profesional)	1	51%	L 68	L 90	L 35	L 46
2	Consejería en anticoncepción zona rural (auxiliar de enfermería)	1	49%	L 41	L 61	L 20	L 30
3	Depo-provera 150mg/ml/IM, 1 ampolla IM stat. (uso continuo)	1	50%	L 18	-	L 9	L 9
4	PRESERVATIVOS, 1 cada día (uso continuo)	365	16%	L 0.63	-	L 37	L 37
5	ANTICONCEPTIVO ORAL (ACO), 1 tableta cada día (uso continuo)	365	33%	-	L 2.7	L 331	L 331
<b>Costo por caso:</b>						<b>L 432</b>	<b>L 453</b>



Se diseña la función de producción de cada prestación, buscando **efectividad clínica y eficiencia** en el uso de recursos



Este parece ser el recurso dónde conviene buscar eficiencias

Estudio epidemiológico		
Sector	SESAL	IHSS
Costo por caso (Lempiras de 2021)	432	453
Casos esperados en 2021	548,173	148,519
Costo normativo 2021 (millones de Lempiras)	M. 236.8	M. 67.2



### [00:28:16] Diapositiva- Costeo del Conjunto Priorizado de Prestaciones- Ejemplo de costeo normativo

Rodrigo Muñoz: Aquí les tengo un ejemplo de cálculo para una prestación de planificación familiar. Para estimar el costo por caso, lo que hacemos es definir cuáles recursos vamos a necesitar y con qué intensidad. Por ejemplo, para planificación familiar vamos a necesitar consejería de un trabajador de la salud que puede ser una enfermera o un auxiliar; vamos a necesitar inyecciones, preservativos y pastillas anticonceptivas.

También tenemos que estimar la frecuencia que es el porcentaje de casos que van a requerir cada recurso, por ejemplo, un 50% de las mujeres prefieren inyecciones, 16% prefieren preservativos y el 33% prefiere pastillas anticonceptivas. Eso según la Encuesta Demográfica de Salud, la última encuesta de salud en Honduras.

Y, por último, tenemos que estimar los costos unitarios de estos recursos, por ejemplo, el costo unitario de una consulta de enfermera de 15 minutos cuesta 68 lempiras en la SESAL, que es el Ministerio de Salud, y 90 lempiras en el Seguro, en el IHSS, el Instituto de Seguridad Social.

Aquí en rojo se muestra el costo esperado de cada recurso que es la cantidad por la frecuencia por el costo unitario. Y la suma de todos los recursos te da el costo promedio por caso. En este caso, 432 lempiras por mujer por año para estos 3 métodos de planificación familiar en SESAL y 453 lempiras para el IHSS.

Bueno, estas funciones de producción fueron diseñadas buscando dos cosas: primero, garantizar que el resultado clínico sea el que se espera y segundo que, al mismo tiempo, el uso de los recursos sea eficiente, por ejemplo, aquí no queremos a un médico haciendo la labor de consejería porque la puede hacer una enfermera o un auxiliar a un menor costo.

También podemos ver acá que este ítem de la pastilla anticonceptiva es el recurso que más absorbe y aquí donde convendría comenzar a tratar de optimizar recursos, entonces aquí te surgen preguntas como: ¿podemos conseguir estas pastillas a mejor precio? ¿existiría algún problema en promover el uso de inyectables que es el método menos costoso?

Bueno, y como ven, aquí ya estamos haciendo mucho más que un costeo, estamos en el diseño final de cómo se debe implementar el conjunto en la práctica y el hecho de que esté vinculado con costo lo hace una herramienta muy poderosa porque tú puedes evaluar el impacto en costo de cada micro decisión. Vamos a ver otro ejemplo sorprendente en minutos.

Una vez calculado el costo por caso de la prestación, tenemos que calcular la cantidad de casos que van a necesitar estas prestaciones en el lapso de un año. Para eso utilizamos datos de incidencia o prevalencia de los planes de salud y para prestaciones preventivas nos basamos en una norma, por ejemplo, todos los niños menores de 1 año deben recibir tal o cual vacuna, o en demanda, como en este caso donde los casos esperados se calculan en base a la cantidad de mujeres que desean limitar o espaciar sus embarazos, según la última DHS Encuesta Demográfica y de Salud podemos esperar 548 mil mujeres en SESAL y 148 mil mujeres en IHSS. Multiplicando el costo por caso por la cantidad de casos esperados, tenemos el costo normativo total: 237 millones en SESAL y 67 millones en el IHSS para estos tres métodos de planificación familiar.

Bueno, para el costo normativo sabemos cuánto costaría entregar estas prestaciones a toda la población que lo necesita...

## Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones

Paso 2: Calcular cuánto cuesta lo que se está entregando actualmente

Costo actual puede ser difícil de estimar en países con sistemas de información incipientes



Idea DCP3: aproximar recursos actualmente utilizados, utilizando costo por caso normativo. La cantidad de casos atendidos, o cobertura actual, a veces se puede obtener de registros estadísticos mensuales o encuestas existentes.

$$\text{Costo actual} = \frac{\text{Cantidad de casos atendidos}}{\text{Cantidad de casos atendidos}} \times \text{Costo por caso}$$



### [00:32:14] Diapositiva- Costeo del Conjunto Priorizado de Prestaciones- Paso 2

Y ahora tenemos que calcular el actual presupuesto destinado a estas prestaciones, porque estas prestaciones no son nuevas en Honduras, la SESAL y el IHSS ya entregan estas prestaciones y destinan una parte del presupuesto a ellas. Y si ellos quieren saber cuánto más, cuánto tienen que aumentar su presupuesto, entonces tenemos que deducir el actual presupuesto del costo normativo. Y la mala noticia es que es muy difícil calcular el costo actual.

En la mayoría de los países no vas a conseguir la información a menos que hagas levantamiento de datos en un establecimiento de salud... lo que es bastante costoso, incluso así es muy difícil separar cuánto se gasta específicamente para cada prestación, cuánto se gasta específicamente para la tuberculosis, para la diarrea, para planificación familiar, etcétera. Se puede, pero es muy difícil.

Pero, por suerte existe una idea que viene del estudio DCP 3 y resuelve una parte del problema y consiste en aproximar el gasto actual de una prestación utilizando el modelo normativo, pero, en vez de utilizar acá la cantidad de casos esperados vamos a utilizar la cantidad de casos atendidos.

Y esto resulta porque en muchos países tú sí puedes estimar la cantidad de casos atendidos, incluso con sistemas de información relativamente incipientes, porque cuando se desarrolla un sistema de información en salud, de las primeras cosas que se tratan de hacer es empezar a llevar registros de producción.

En Honduras existe un sistema de información más que incipiente y capturan entre otras cosas registros estadísticos mensuales con la cantidad de servicios entregados en todos los establecimientos de salud por tipo de servicio y otras variables y esto tanto para SESAL como para el IHSS. Entonces, nosotros nos aprovechamos de eso.

## Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones

Paso 3: Calcular brecha de recursos (costo incremental)

$$\text{Brecha recursos} = \text{Costo normativo} - \text{Costo actual}$$

Estimación de brecha de recursos para la prestación 'Planificación familiar sin implantes'

Sector	SESAL	IHSS
Costo por caso (Lempiras de 2021)	432	453
Casos esperados en 2021	548,173	148,519
Costo normativo 2021 (millones de Lempiras)	M. 237	M. 67
Tasa de cobertura actual	78%	
Casos atendidos 2021	427,293	115,768
Costo actual 2021 (millones de Lempiras)	M. 185	M. 52
Brecha recursos 2021 (millones de Lempiras)	M. 52	M. 15



### [00:34:02] Diapositiva- Costeo del Conjunto Priorizado de Prestaciones- Paso 3

El tercer paso es calcular la brecha o costo de incremento, que es el costo normativo menos el costo actual y si vemos en el ejemplo anterior, aquí tenemos las mismas tres filas, las tres primeras filas son las mismas que las de la tabla anterior: el costo por caso, casos esperados y costo normativo.

Y nosotros estimamos que la actual tasa de cobertura es el 78% de la Encuesta Demográfica y de Salud y eso nos permitió estimar la cantidad de mujeres que reciben estos tres métodos de planificación familiar actualmente.

En este ejemplo utilizamos la encuesta, pero en muchas otras prestaciones utilizamos los sistemas de información de la SESAL y del IHSS.

Conociendo la cantidad actual de casos atendidos estimamos el costo actual para estos tres métodos: 185 millones en SESAL y 52 millones en el IHSS y la brecha: 52 millones en SESAL y 15 millones en el IHSS.

## Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones

Paso 4: Calcular costo total del conjunto, sumando todas las prestaciones

Costos para lograr cobertura universal del Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH), según sector USD por beneficiario 

Sector	SESAL	IHSS
<b>Conjunto 1</b>		
Costo actual	29	33
Costo normativo	73	72
Brecha	44	39
<b>Conjunto 1+2</b>		
Costo actual	34	42
Costo normativo	103	115
Brecha	69	73

**Conjunto 1:** Brecha en IHSS es menor que en SESAL, porque las actuales tasas de cobertura en IHSS son mayores que en SESAL

**Conjunto 1+2:** ¿Porqué la brecha ahora es mayor en IHSS que en SESAL?



### [00:34:57] Diapositiva- Costeo del Conjunto Priorizado de Prestaciones- Paso 4


El cuarto paso es calcular el costo total del conjunto sumando el costo de todas las prestaciones, aquí vemos los resultados de eso, el costo actual, el costo normativo y la brecha para todas las prestaciones del conjunto 1, la suma.

Y podemos ver que el costo normativo es similar en SESAL y en el IHSS, 72, 73 dólares per cápita, estos resultados están expresados en dólares y en términos per cápita, pero vemos que el costo actual en el IHSS es un poco mayor que en SESAL y por lo tanto la brecha es un poco menor en SESAL y esto es porque en el IHSS las tasas de cobertura actuales tienden a ser más altas que en la SESAL y bueno por eso el costo actual es más alto y la brecha un poco menor.



## Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones

### Paso 5: Validar y buscar eficiencias

Costos para lograr cobertura universal del Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH), según sector USD por beneficiario 

Sector	SESAL	IHSS
<b>Conjunto 1+2</b>		
Costo actual	34	42
Costo normativo	103	115
Brecha	69	73

¿Qué pasaría en IHSS, si el Aerosol (Formoterol+Budesonida) se comprara a precio SESAL?

Sector	SESAL	IHSS
<b>Conjunto 1+2</b>		
Costo actual	34	42
Costo normativo	103	103
Brecha	69	61

 Precio de un solo medicamento tiene alto impacto



Simplemente reportar costos en un informe oculta ineficiencias → el costeo es mucho más útil cuando se utiliza rutinariamente como una herramienta para optimizar las funciones de producción de las prestaciones con mayor impacto



## [00:36:14] Diapositiva- Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones- Paso 5

Si agregamos al cálculo las prestaciones del conjunto 2, el costo normativo es bastante más alto en el IHSS que en la SESAL, ahora 115 versus 103, se invirtió la situación ¿por qué? Bueno, no es por la tasa de cobertura ahora, es por otra razón más sutil, lo que nos lleva al quinto y último paso de cualquier costeo que es validar y buscar eficiencias, en este caso, sorprendentemente, toda la diferencia se debe al precio de un sólo medicamento, que está siendo usado en sólo una prestación, el precio que paga el IHSS por este aerosol, es un aerosol que se usa en el tratamiento del EPOC y el asma, el precio que paga el IHSS es mucho más alto que el precio que paga SESAL y además es un aerosol de alta utilización y el efecto final es enorme.

Si el IHSS comprara este aerosol al precio de la SESAL, su costo normativo pasaría de 115 a 103, igual que en SESAL y ahora la brecha es menor en el IHSS que en SESAL y aquí la lección es que un costeo si se reduce a un informe no es muy útil, puede ocultar ineficiencia y en realidad no le ayuda tanto al gobierno a tomar todas las micro-decisiones que tiene que tomar y además con el tiempo las tecnologías sanitarias van cambiando, aparecen nuevos fármacos, nuevos tratamientos, los precios van cambiando y si uno hace las cosas bien se supone que el perfil ideológico del país debe ir cambiando, entonces todas estas cosas se tendrán que ir actualizando en el costeo.

Y entonces, para ser realmente útil el costeo tiene que ser una actividad rutinaria en el sector salud, en ningún país se termina de diseñar un conjunto nunca, un conjunto siempre está evolucionando y adaptándose a las circunstancias cambiantes.



## Costeo del Conjunto priorizado de prestaciones

### Resumen de ideas



Un costeo normativo ayuda en el diseño de funciones de producción más óptimas



A veces se puede aproximar la brecha de recursos en países con sistemas de información incipientes, evitando un costoso levantamiento de datos



El costeo es mucho más útil cuando se utiliza rutinariamente, como una herramienta en la toma de decisiones



### [00:37:40] Diapositiva- Costeo del Conjunto Priorizado de Prestaciones- Resumen de ideas

Les resumo las tres ideas que creo que les van a servir. Primero, el costeo sirve más que sólo para saber el costo, lo que también te sirve en el diseño de la forma más eficiente de entregar servicios de buena calidad.

Segundo, este truco del DCP3 nos permitió estimar la brecha sin costosos levantamientos de datos, no siempre se puede para todas las prestaciones, nosotros lo pudimos hacer para 68 prestaciones que nos cubren el 95% del costo total así que felices con eso.

Y tercero, no se limiten a un informe, con un informe los gobiernos no sacan todo el provecho de la herramienta, traten de que el costeo se institucionalice, que el gobierno aprenda a usar las bases de datos y que se vuelva una práctica rutinaria.

Ahora los dejo con Úrsula, que nos va a presentar cuales son los principales desafíos y lecciones que aprendimos del diseño de este conjunto de salud en Honduras.

## Parte 4

# Desafíos y aprendizajes

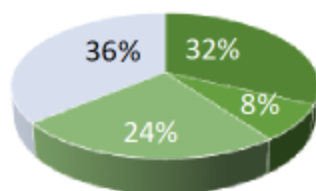
Ursula Giedion



### Impactos & rutas de expansión



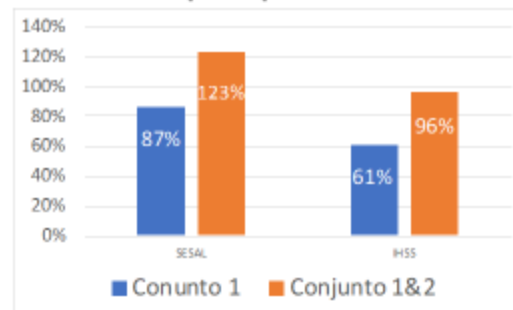
**Salud:**  
63% de la carga de enfermedad  
abordada



■ Conjunto 1   ■ Conjunto 2  
■ Conjunto 3   ■ No abordado



**Fiscal:**  
% de presupuesto asistencial



No realista implementar al 100% → Qué ruta de expansión con qué criterio



### [00:38:42] Diapositiva- Parte 4. Desafíos y Aprendizajes. Úrsula Giedion.

Muchas gracias, Rodrigo.

Bueno, ahora sí, después de haber priorizado las intervenciones y haber costado las intervenciones, haber definido los objetivos, ya llegamos al último paso que les mostró Pamela en uno de sus primeros slides, a saber, teníamos que calcular el impacto de nuestro plan de beneficios sobre la salud en Honduras y también, teníamos que determinar el impacto fiscal y acá en resumidas cuentas, lo que encontramos es que nuestros conjuntos abordan en gran parte la carga de enfermedad de Honduras, en particular, ya sólo este conjunto chiquitico número 1 aborda casi un tercio de toda la carga de

enfermedad y cuando juntamos los 3 conjuntos son casi dos terceras partes de la carga de enfermedad de Honduras.

En términos fiscales, la noticia era menos buena, nos encontramos con que sólo si queríamos financiar este chiquito conjunto número 1 necesitaríamos reasignar el 87% de los recursos del Ministerio de Salud de SESAL y si queríamos el conjunto 1 y 2 teníamos que asignar más que la totalidad del presupuesto asistencial, sólo a estos dos conjuntos 1 y 2 y en el IHSS la situación era un poco menos grave pero igual eran porcentajes muy, muy altos de los recursos actuales.

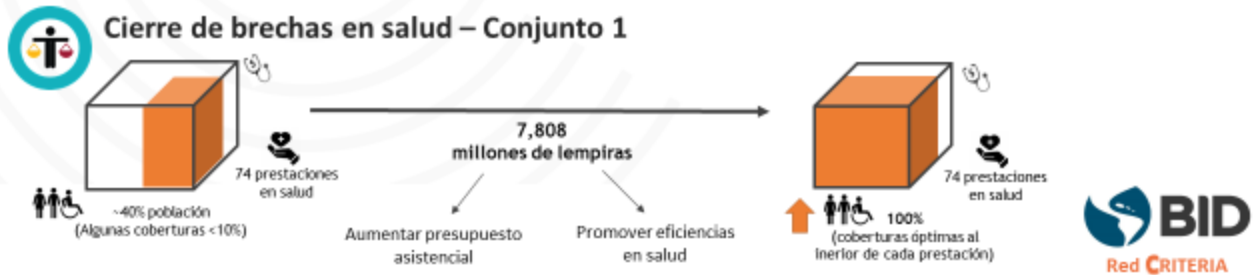
Y la conclusión de esto era dolorosa pero clara, que no es realista pensar que aún un pequeño plan de beneficios como el que diseñamos se pueda implementar en su totalidad para toda la población. Entonces, se planteaba una pregunta más: ¿Qué ruta de expansión es la mejor para ir avanzando hacia la implementación de estos planes?

## Impactos & rutas de expansión

### Criterio ético:

*“Algunas formas de hacer “tradeoffs” son generalmente inaceptables (incompatibles con los principios éticos). Incluyen: Optar por ampliar la cobertura de servicios de baja o mediana prioridad antes de que haya una cobertura casi universal para servicios de alta prioridad” (Voorhoeve, Ottersen, & Norheim, 2016).*

→ Cerrar brechas de cobertura para lo más importante y para los más vulnerables primero



### [00:41:04] Diapositiva- Impactos y Rutas de Expansión. Criterio Ético

Lo que nos guiaba ahí es sobre todo un criterio ético y nos referimos acá a algo que describió muy bien Ole Norheim que es quizá el eticista más conocido en ese contexto de la priorización explícita que habla de estas rutas de expansión y de estos trade-offs que existen cuando uno tiene que decidir qué es lo que va a expandir primero.

Y él dice que algunas formas de hacer trade-offs son generalmente inaceptables e incompatibles con dos principios éticos, tales como optar por ampliar la cobertura en servicios de baja o mediana prioridad antes de que haya una cobertura casi universal para servicios de alta prioridad, o sea, no es muy ético a la luz de lo que dice Ole Norheim que uno de una vez incluya cosas más sofisticadas sin antes haber asegurado una cobertura completa de las cosas más esenciales.

Entonces, nuestra propuesta era que comenzáramos con el conjunto 1, esa fue la recomendación número uno, no de una vez conjuntos 1, 2, 3, que comenzáramos con el conjunto 1 para todos y que además este proceso fuera gradual en 5 años, lo que implicaba unos aumentos de 5% de aumento anual en el presupuesto asistencial y con esto se podría lograr al cabo de los 5 años una cobertura completa para todos los servicios del conjunto número 1.

## 5 aprendizajes sobre como diseñar un PBS

1. Es mucho + que diseñar una lista de beneficios, trascienda la ETS → Se trata de construir una política pública nuclear para el sistema de salud.
2. Hay que reconocer la brecha entre la academia (métodos analíticos descritos en la literatura) y el mundo real.  
→ Requiere flexibilidad y capacidad de adaptación.
3. Es una oportunidad para discutir aspectos claves de la política de salud para avanzar hacia la CUS  
→ Oferta, trade-offs, eficiencia, mecanismos de pago etc.
4. No inventar la rueda. Partir de lo que ya existe.  
→ No existe la construcción en el vacío.
5. Requiere tiempo. Requiere tiempo. Requiere tiempo...y no solo para los ejercicios cuantitativos, sino sobre todo para la construcción de un diálogo real  
→ Construcción de confianza



### [00:43:07] Diapositiva- 5 Aprendizajes sobre cómo diseñar un PBS

Y aquí ya llegamos al final de esta presentación donde queríamos destacar 5 aprendizajes que emergieron para todos nosotros después de esos 2 años de diseñar un plan de beneficios para Honduras.

Lo primero, y esperamos que eso para ustedes haya quedado claro a la luz de lo que les mostró Pamela y Natalia y Rodrigo es que realmente diseñar un plan de beneficios es mucho más que simplemente rankear una cantidad grande de servicios usando evaluación de tecnologías sanitarias. Y de entrada les mostró Pame que hay cosas tan importantes como definir unos esenciales en el plan de beneficios, eso es tan importante como la parte de priorización explícita propiamente dicha. Entonces, diseñar un plan de beneficios es más que ETS en realidad puede ser la parte nuclear de cualquier política de salud.

El segundo punto que lo tenemos ahora más claro que nunca es la brecha que hay entre la academia, los artículos publicados a nivel internacional sobre métodos de cómo diseñar y cómo priorizar y cómo diseñar un plan de beneficios y el mundo real y eso tiene 2 lados que me gustaría subrayar:

Lo primero es que obviamente muchos de estos métodos analíticos están hechos para países que tienen unos datos mucho más sofisticados, que tienen muchas más capacidades técnicas a disposición para hacer todo esto, pero también, y este punto me parece importante, a veces los métodos que hay disponibles no están siempre alineados con los objetivos y las necesidades que hay a nivel local, esto nos pasó en particular con los métodos que existen para incorporar criterios de equidad en la priorización que están más pensados muchas veces en el tema de equidad vertical y en el caso de Honduras lo que nos interesaba es más la equidad horizontal y además no hay datos disponibles sobre la distribución en el acceso.

O sea, hay una brecha entre la academia y lo que uno puede hacer en el mundo real, lo que requiere flexibilidad, creatividad y capacidad de adaptación y como esperamos que hayamos podido ilustrar para

ustedes, diseñar un plan de beneficios es realmente una oportunidad magnífica para discutir aspectos claves que van de la política de salud, que van mucho más allá de decir si A o B sino que te lleva automáticamente a discutir temas sobre la oferta disponible, sobre las funciones de producción de los servicios, sobre posibilidades de mejorar la eficiencia, sobre cómo hacer la expansión camino a la CUS, para mencionar algunos temas.

Un cuarto punto es, no hay que inventar la rueda, nunca existe la tabula rasa, ya existen coberturas para muchos servicios, ya existen estudios donde se proponen unas metas sanitarias, ya, muchas veces, como es el caso en Honduras, ya había propuestas de planes de beneficios, es muy mala idea tratar de ignorar todo eso que ya existe porque: 1) es un insumo técnico muy válido y 2) porque también ayuda en el diálogo y en la construcción de confianza.

Y el último punto que queríamos subrayar y lo decimos acá tres veces es que, realmente, eso de diseñar un plan de beneficios requiere mucho tiempo, esto fue un ejercicio de 2 años, fue un ejercicio que hubiéramos podido seguir mínimo 3 años más y si les dicen que hay que diseñar un plan de beneficios en 2 meses, no lo crean porque no es posible y realmente vale la pena invertir el tiempo y no sólo por los temas técnicos, sino que sólo si se puede tener diálogos con todos los actores relevantes se puede construir una política de plan de beneficios que es sostenible.

Y finalmente nuestro epílogo.

## Epílogo

- *Incluso cuando las circunstancias son difíciles, es posible utilizar métodos analíticos para diseñar un PBS en LMIC.*
- *El gobierno esta interesado en utilizar el CPPSH para un proyecto piloto que incorpore los resultados en el esquema actual de R4P.*



### **[00:47:53] Diapositiva- Epílogo**

Bueno, este es un mensaje de aliento para todos los que estamos metidos en esos temas, ya vimos al comienzo que la mitad de todos los que estamos hoy hemos tenido que ver con este tema, claramente es posible utilizar métodos analíticos para diseñar plan de beneficios en países de ingresos medios y bajos y algo que nos tiene muy satisfechos es que en realidad el gobierno de Honduras el gobierno realmente se está interesando muchísimo en este trabajo y está pensando en utilizar parte de lo que hemos hecho para meterlo en un proyecto piloto para una presupuestación basada en resultados, esto es un resultado que nos tiene muy contentos porque en últimas refleja justamente lo que dijo Rodrigo, que este proceso es mucho más que producir un informe, muchas gracias.



# ¡Gracias!

Visit us at <https://criteria.iadb.org/es>



Banco Interamericano de Desarrollo

ACERCA DEL BID PROYECTOS PAISES SECTORES CONOCIMIENTO NOTICIAS SUSCRIBASE ESPAÑOL =

Ver todas las iniciativas de la División de Protección Social y Salud

RED CRITERIA

QUIENES SOMOS APOYAMOS A LOS PAÍSES GENERAMOS CONOCIMIENTO ACTUALIDAD CONTACTO



**[00:48:59] Hugo Godoy:** Muchas gracias a Úrsula y a todos los panelistas, muy buena presentación, les agradecemos. En conclusión quisiera mencionar que Honduras en este momento tiene ya la definición como lo llaman aquí en Honduras de un conjunto garantizado de servicios de salud que es sinónimo del plan nacional de beneficios en salud que cumple tres criterios importantes: el criterio de efectividad, en el cual se ve cuáles son las prestaciones que más salud producen por cada dinero invertido, el segundo, el criterio de equidad, cuáles son aquellas prestaciones que más equidad generan y tercero, la parte de protección financiera, cuales son aquellas prestaciones que más protección financiera proveen. Y con base en esos tres criterios se realizó este conjunto garantizado de servicios de salud.



## PREGUNTAS

Tenemos unas preguntas vamos a dejar el micrófono aquí para Nidia Cañas que nos puede hacer su pregunta.

**[00:50:16] Nidia Cañas:** Hola, muy buenos días, qué gusto, excelente, agradecimientos a los ponentes y en buena hora hermanos hondureños porque realmente esto es todo un desafío, el Ministerio de Salud está ahora en ese esfuerzo también y esperamos llevarlo a feliz término. Con relación a eso, a los criterios que ustedes han utilizado como eficiencia, eficacia y la factibilidad costo-económica en relación con el sector de personas mayores ¿Qué prestaciones identificaron? Lógicamente como lo decía Úrsula, tenemos que garantizar un conjunto mínimo de prestaciones para toda la población centroamericana, para hablar en plural de todos nosotros, pero también el sector del envejecimiento, el sector de las personas mayores está creciendo constantemente y son de los que usan también constantemente los servicios de salud, por lo tanto, ¿identificaron algunas prestaciones para este sector? y ¿Qué criterios usaron para asignar el conjunto mínimo de prestaciones? Muchas gracias y saludos.

**[00:51:25] Hugo Godoy:** Gracias. ¿Pamela?

**[00:51:31] Pamela Góngora:** Sí, de las prestaciones que quedaron priorizadas para este grupo poblacional destacamos, por ejemplo, toda la atención infecciosa en donde también se está cubriendo a este grupo de adulto mayor, diabetes y no sé si ¿Natis me colaboras con otro tipo de prestaciones que estábamos incluyendo?

**[00:51:50] Natalia Jorgensen:** Sí, prestaciones en el primer nivel de atención relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles: hipertensión, diabetes, también respiratorias, ese grupo de prestaciones en el primer nivel de atención quedó para este grupo poblacional.

**[00:52:10] Hugo Godoy:** Muchas gracias. Tenemos otra pregunta de Katherine del Salto: al ser el sistema de salud de Honduras fragmentado, ¿Qué dificultades enfrentaron en el proceso de definición de prioridades para asegurar el compromiso político a lo largo del proceso?

Voy a leer tres preguntas rápidas por el tiempo también. Tenemos la pregunta de Juliana Alberti: En este contexto de derechos de salud y de judicialización, la pregunta es si este es un problema en Honduras y si tiene algún comentario sobre cómo minimizar los problemas de judicialización.

Y, por último, Alexa Sarey Varela de Honduras, según su experiencia ¿Cuáles serían los primeros pasos en Honduras para iniciar la implementación de un plan de beneficios desde el aspecto ético, legal, aceptabilidad de la población y cambio de cultura organizacional en la planificación?

**[00:53:15] Pamela Góngora:** Bueno, si quieren empiezo e invito a mis compañeros y también a Hugo que conoces también muy bien la práctica y pues estuviste también en todo el proceso, para complementar. Respecto a la primera pregunta diría que como en todo lados, siempre hay diferencias de posiciones y yo creo que lo clave aquí fue abrir los espacios de diálogo y tomarnos el tiempo para escuchar y para escucharnos entre todos, creo que eso fue lo más importante.

El modelo nacional de Honduras, más todos los documentos de política, afortunadamente, yo creo que, sí coinciden con los elementos y los valores sociales que al final fueron los que guiaron el ejercicio de priorización, entonces, después de varias discusiones, de revisar justamente esos documentos, hacia dónde se quiere llegar, qué es lo que se quiere lograr en el marco del sistema de salud hondureño, se pudo definir esos tres criterios como punto de partida y también en su momento reconocer obviamente la factibilidad de implementación, la continuidad del cuidado como otro de los criterios a contemplar. Entonces, pese a esas diferencias, sí se puede y lo que es importante es justamente ese diálogo.

Me salto a la tercera pregunta, sobre la implementación y sobre cómo iniciar esto, yo creo que lo que estamos proponiendo es reconocer los avances que ya ha tenido el país y aprovechar los andamiajes institucionales con los que ya cuentan, en este sentido, hay un modelo de gestión descentralizada que está dirigido a atender a las poblaciones más vulnerables justamente y con las cuales se contratan a unos gestores para entregarle a la población determinadas prestaciones en salud. La propuesta es iniciar un piloto en el marco de este modelo de gestión descentralizada acompañado de una evaluación y de la mano también con el piloto, el ejercicio que se quiere hacer desde la secretaría de finanzas que es justamente de presupuesto por resultados.

Entonces, esto es lo que se está planteando obviamente también hay que hacer toda la revisión de los cambios institucionales y normativos que se tienen que implementar para garantizar la sostenibilidad de la política.

Otro elemento, que además no es menor, es la importancia de socializar con los distintos stakeholders los contenidos del conjunto, de escuchar y hacer los ajustes que se consideren necesarios en el marco de esas discusiones, para garantizar la legitimidad de la política y su sostenibilidad en el tiempo.

No sé si mis compañeros me quieran complementar con algo...

**[00:55:52] Úrsula Giedion:** Sí, quizás yo sólo sobre la tercera pregunta, gracias a la persona que preguntó sobre la implementación, la verdad todo esto puede quedar como un saludo a la bandera si no pasamos la siguiente fase de la implementación y hay algunos factores *sine qua non* todo esto se perdería y voy a mencionar sólo algunos que son particularmente importantes y que a pesar de ser importantes muchas veces no son llevados a cabo.

Lo primero es, realmente, alinear la asignación de recursos con lo que cuesta. O sea, hemos visto en demasiados países que se costea muy juiciosamente el plan de beneficios, pero después los beneficios que asignan son una fracción de lo que cuesta, entonces alinear los recursos con el costo.

Segundo, introducir los incentivos con lo que queremos priorizar, de nada sirve si seguimos con subsidios a la oferta, con presupuestos que están totalmente desconectados del plan de beneficios, si por el otro lado tenemos el plan de beneficios.

Número tres, la persona que preguntó mencionó la palabra cultura, introducirlo en la cultura, me parece un punto absolutamente fundamental que tiene que ver también con el derecho, esto no es un ejercicio tecnocrático en últimas, esto en últimas es la concreción de un derecho y si es la concreción de un derecho debería llevar a unas garantías que son exigibles por lo menos para los servicios priorizados.

Y bueno, habría muchos temas más, pero quería mencionar algunos de los aspectos de implementación que creo que toca tener en la mira ahora que se mueve hacia adelante.

**[00:57:49] Hugo Godoy:** Gracias, tenemos una pregunta también de Héctor Castro, Héctor si nos puede por favor hacer la pregunta.

**[00:57:58] Héctor Castro:** Hola a todos, un saludo a Úrsula y los panelistas, mi pregunta está relacionada con la economía política, como lo ha dicho muy bien Úrsula y los demás panelistas, crear planes de beneficios no es un proceso que se puede hacer en corto tiempo, pero tampoco es un proceso solamente basado en números, tablas y métodos, ¿Qué aprendieron del proceso de economía política? ¿Hubo unos sectores que se opusieron? ¿Quiénes lo apoyaron? ¿Fue difícil, fue tortuoso? En nuestros países es muy frecuente que haya inestabilidad política y cambian los tomadores de decisión y hay que nuevamente volver a empezar. Me gustaría de pronto que nos contaran un poquito al respecto, muchas gracias, muy interesante.

**[00:58:41] Pamela Góngora:** Un gusto saludarte Héctor y escucharte, creo que sí fue un proceso de mucho diálogo, de mucho debate, de mucha discusión en donde desde el primer momento no hubo consenso, yo creo que fue muy importante el escuchar, el abrir los espacios, digamos, no logramos por ejemplo definir los fundamentales en una sola reunión y en una sola misión, se necesitó de varias reuniones de bastante tiempo, de poner en consideración incluso cada una de las palabras que definen el objetivo del conjunto y de ahí para adelante de todos los fundamentales o de todas las características que queríamos que siguiera el conjunto de prestaciones.

Incluso también, yo creo que cada uno de los sistemas de salud tiene un lenguaje particular, una semántica particular, una historia y también meternos dentro y reconocer eso y hablar en ese lenguaje creo que también fue muy importante para ponernos todos de acuerdo en el diálogo. No sé, ¿Hugo tú qué opinas?

**[00:59:56] Hugo Godoy:** Sí, estoy de acuerdo con tus apreciaciones, creo que el momento de poder tener varios actores juntos al principio y hacer un consenso entre todos los actores porque tuvimos muchas instituciones y varios actores de algunos gremios y actores fuera de la institución pública, de preguntarles que si ésta sería la ruta que debería de seguir Honduras y ponernos en consenso; y una dificultad que hubo bastante al principio de ponernos incluso en consenso de la dialéctica de cómo se nombra cada cosa para no producir problemas de malos entendimientos fue una experiencia muy buena, porque creo que si no hubiéramos tenido ese momento al principio de ponernos de acuerdo, de un consenso... obviamente hubo algunos disensos que al final logramos converger pero lo importante es que nos pusimos de acuerdo en que ésta era la ruta, de poder definir el conjunto garantizado, que ya Honduras ya había iniciado a una definición universal del conjunto garantizado con un apoyo de la OPS y que en este caso nosotros avanzamos con apoyo de la *Red Criteria* hacia estos temas que estamos teniendo, a poder definir muy claramente los temas que hemos visto ahora de cuál es el contenido y de conjuntos de primera, segunda y tercera prioridad, ayudó también bastante, porque obviamente la primera aspiración incluso de muchos hondureños que estuvieron ahí representando a sus gremios era "no, lo que queremos aquí no es que nos vengan a dar un paquete", pero cuando se les demostró que ningún país en el mundo, como lo reza uno de los temas de la OMS, ningún país en el mundo por más recursos que tenga puede satisfacer las demandas de salud de su población y tuvimos

en consciencia eso y la necesidad de priorizar y hacer estos 3 conjuntos que al final le dan a Honduras una ruta, como ya lo explicaron Pamela y Úrsula en lo de primera prioridad, generar un tiempo de espacio para poder ir aumentando los recursos y haciendo los ajustes en el sistema de salud.

Creo que eso nada más diría yo para finalizar. Así que muchas gracias a todos, terminamos con esto, Pamela, Natalia, Rodrigo, Úrsula, muchas gracias, gracias a todos por participar también que estuvieron presentes en este webinar, les recordamos nada más que pueden acceder a nuestro webinar pasados y muchos otros que ustedes puedan estar interesados en nuestra página que aparece ahí de la *Red Critería* ahí está el link y en el chat también, para que ustedes puedan acceder, muchas gracias y gracias a todos por haber participado y haber entrado a este webinar. Muchas gracias.



<https://criteria.iadb.org/es>



Red Criteria



@RedCriteria