

TRANSCRIPCIÓN DEL WEBINAR:

EL FUTURO DEL GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Presentado por Krishna D. Rao, Andrés Vecino-Ortiz y
Timothy Robertson*

*Panel por Paulina Giusti, Alafia Samuels, Daniel Maceira,
Carla Jorge Machado, Yvonne Nicole Flores, Ángela Veja
Landaeta y Andrea M. Prado*

**División de Protección Social
y Salud. Banco
Interamericano de
Desarrollo**

www.iadb.org/es/salud - scl-sph@iadb.org

<http://www.iadb.org/>

Copyright© 2022 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.



EL FUTURO DEL GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Febrero 2022

Presentado por Krishna D. Rao, Andrés Vecino-Ortiz y Timothy Roberton

Panel por Paulina Giusti, Alafia Samuels, Daniel Maceira, Carla Jorge Machado, Yvonne Nicole Flores, Ángela Veja Landaeta y Andrea M. Prado

ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

INTRODUCTION:

Minuto 00:02:54: Katherine del Salto

Buenos días a todos y todas y bienvenidos. Paso la palabra a Ferdinando Regalía, gerente del Sector Social del BID para dar por iniciada la sesión de hoy. Bienvenidos.

Minuto 00:03:51: Ferdinando Regalía

Buenos días a todas y a todos, good morning to everyone y mil gracias por estar aquí. Hoy vamos a hablar de una de las grandes prioridades de nuestra Visión 2025. Desde el Banco nos enfocamos en la recuperación económica y social de nuestra región, pero si no salimos de esta crisis de salud pública no hay recuperación posible. La crisis como sabemos ha golpeado fuertemente las finanzas públicas de nuestros países. Este contexto restrictivo, sumado a la presión subyacente sobre el gasto en salud, pone en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud de la región, por eso son tan importantes conversaciones como la de hoy. Necesitamos analizar con detalle lo que ocurre o lo que esperamos que ocurra con el gasto en salud en el futuro para poder construir, a pesar de las restricciones, algo que sea mejor de lo que teníamos antes de la pandemia.

Si tuviera que elegir tres palabras, elegiría: cambio, gasto y tecnología. Primero, la mayor esperanza de vida es un gran logro, pero ha hecho que aumente la carga de enfermedades crónicas que sabemos todos son mucho más caras de atender; además, hoy día, nuestros ciudadanos, por suerte, son mucho más exigentes y piden servicios de mayor calidad; y, por último, han aparecido nuevas tecnologías que nos dan más opciones de tratamiento, pero a un costo cada vez mayor.

Todos estos factores contribuyen a esta presión sobre el gasto en salud que tiene graves consecuencias, por lo tanto, necesitamos entender la tendencia del gasto si queremos mejorar la gestión de los recursos públicos. Esta fue una de las razones por la cual nos aliamos con la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, con quienes desarrollamos un modelo económico que intenta responder a tres preguntas fundamentales: ¿Cómo pensamos que cambiarán los gastos en salud las próximas tres décadas? ¿Cómo podemos mejorar la salud y a la vez reducir la pendiente de incremento de este gasto? Y, por último, ¿Cómo podemos seguir avanzando en el objetivo de cobertura universal?

Sin más, quiero ceder la palabra a Katherine y aprovechar para darles muchas gracias a Krishna, Andrés, Timothy y a todo el equipo de Johns Hopkins por todo su apoyo y muchas gracias a la Red Critería por haber organizado este webinar.

[00:06:29] Katherine Del Salto: Muchas gracias, Ferdinando. Como comentaste, este estudio fue encargado a la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y es precisamente este

equipo el que nos presentará los resultados en esta primera parte del webinar.

Nos acompañan hoy Krishna D. Rao, profesor asociado del Departamento de Salud Internacional y el Centro de Salud de la Universidad; Andrés Vecino-Ortiz científico asociado del mismo departamento y Tim Roberton, especialista en Salud Internacional y Sistemas de Salud y científico asistente en este equipo. Sin más preámbulo, paso la palabra al equipo de Johns Hopkins. Bienvenidos, adelante doctor Rao.

PRESENTATION:



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH

The future of health spending in Latin America and the Caribbean

JHU: Krishna D. Rao, Andres Vecino-Ortiz, Timothy Robertson, Caitlin Noonan, Angelica Lopez Hernandez.

Partners: Yvonne Nicole Flores, Paulina Giusti, Angela Vega Landaeta, Daniel Maceira, Carla Jorge Machado, Andrea M. Prado, Alafia Samuels, Claudio Mora, Augusto Portocarrero, Natalia Palacio, Augusto Portocarrero, Paula Ramirez Palacios, Marisol Torres Toledano, Clida Duque Molina, Althea La Foucade, Karl Theodore, Christine Laptiste, Vyjanti Beharry, Alen Jimenez

Acknowledgement: Diana Pinto, William Savedoff

The material in this video is subject to the copyright of the owners of the material and is being provided for educational purposes under rules of fair use for registered students in this course only. No additional copies of the copyrighted work may be made or distributed.

1

Traducción:

Minuto 00:07:20 - Krishna D. Rao

Gracias, Katherine. Saludos a todos y todas, es un gran placer presentar este estudio. Debo hacer algunos reconocimientos antes de comenzar. Como pueden ver, tuvimos mucho apoyo de nuestros socios de siete países de la región de ALC y hubo un gran apoyo para hacer posible este estudio.

En mi equipo, quisiera agradecer especialmente a Caitlin Noonan y Angélica López sin cuya ayuda no hubiéramos podido producir este trabajo. Finalmente, del BID, Diana Pinto y William Savedoff han sido de gran ayuda con su orientación a lo largo de este proceso de estudio y también quiero reconocer su contribución.

Objectives

Project objectives:

- How current health expenditures (CHE) in LAC countries will change over the next 30 years.
- Estimate effect of modifying NCD risk factors on the growth of CHE.
- Estimate effect of controlling health care costs, moving towards universal health coverage on CHE growth.

Johns Hopkins University, USA

Federal University of Minas Gerais, Brazil

Mexican Social Security Institute (IMSS)

INCAE Business School, Alajuela, Costa Rica

University of Buenos Aires, Argentina

Instituto de Analisis y Gestion (IAGes), Peru

University of the West Indies, Jamaica

Javeriana University, Colombia

Traducción:

Objetivos

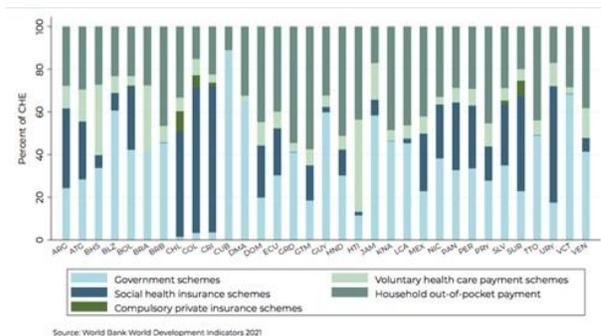
Minuto 00:08:21

Los objetivos de este proyecto o estudio son tres. El primero es estimar cómo cambiarán los gastos actuales en salud en los países de ALC durante los próximos 30 años, por lo que estamos haciendo proyecciones hasta 2050; el segundo es identificar cómo se podría curvar el crecimiento actual del gasto en salud y para eso queríamos entender qué tipo de impacto tendría en el crecimiento del gasto en salud modificar los factores de riesgo de las ENT y, finalmente, qué tipo de medidas de control de costos pueden ayudar a doblar o aplanar esta curva¹; y, por último, nos interesaba saber cuáles serían los gastos necesarios para que los países de la región se acerquen o aproximen a lograr la cobertura universal de salud.

Esta es la agenda amplia y tratamos de hacer todo lo posible para traer evidencia a estas preguntas en este estudio.

¹ La expresión “bending the curve” se refiere a la consecución de acciones que promueven mejorar un problema o crisis proyectada. Es entonces una manifestación de la necesidad de reducir el aumento o agravamiento de una situación proyectada, a través de la ejecución de planes que puedan contrarrestar dichos efectos.

Sources of Financing for Health



- ▶ Many Latin American countries (e.g. Colombia, Costa Rica) have established social health insurance systems.
- ▶ Caribbean countries (and Brazil) have largely adopted a National Health Service approach by financing health care primarily through general tax revenues.
- ▶ Out-of-pocket expenditures on health have declined across the LAC region largely been due to increased government investments in health.
 - ▶ out-of-pocket spending continues to be an important source of financing health care

Traducción:

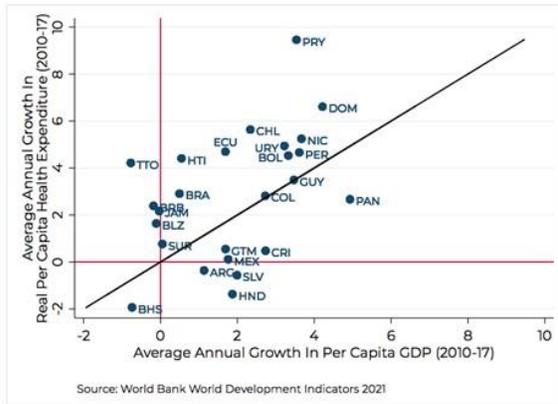
Fuentes de financiamiento para la salud

Minuto 00:11:06

Al resumir cómo se ve el futuro de esta región en términos de gasto en salud, creo que también es importante reconocer que ambas regiones son en realidad demasiado ricas. Está la Región del Caribe y luego está la Región de América Latina y tienen diferentes sistemas de financiación. Entonces, por ejemplo, los países latinoamericanos han establecido en gran medida sistemas de Seguridad Social en Salud como se puede observar en el gráfico de la izquierda en donde las líneas verdes oscuras reflejan la contribución del seguro social de salud en el gasto en salud. Los países del Caribe y Brasil, por otro lado, han adoptado un enfoque de Servicio Nacional de Salud donde la atención médica se financia en gran medida a través de los ingresos fiscales.

Pero, algo más que se nota en esta región es que, a pesar de que en muchos países hay altos niveles de financiamiento público de la salud, los pagos de bolsillo continúan siendo altos y esto es, por supuesto, un gran desafío no solo para la región sino para muchos otros países, además demuestra que simplemente aumentar el gasto en salud puede no tener los efectos deseados que necesitamos en términos de reducción del gasto de bolsillo. Es necesario entonces analizar seriamente cómo se gasta este dinero, cómo se puede mejorar la cobertura, la calidad de la atención y cosas por el estilo. Podemos discutir esto más tarde.

Growth in annual per capita health expenditure and annual per capita GDP(2010-2017)



- ▶ Growth in health spending is a constant concern to governments.
- ▶ Countries above the diagonal line face important concerns about their ability to afford growth in future health expenditures.
- ▶ For countries below the diagonal line there are fiscal opportunities to expand spending on health given that increases in national income are outpacing health expenditures.



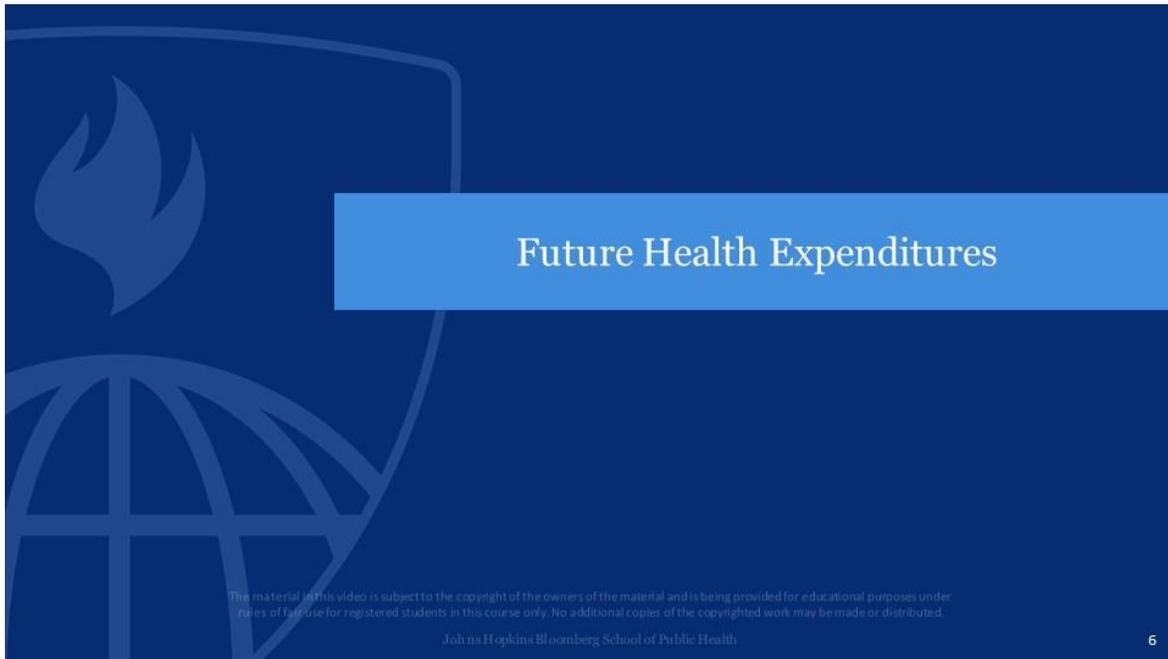
5

Traducción:

Crecimiento del gasto anual per cápita en salud y del PIB anual per cápita (2010-2017)

Minuto 00:12:33

Por último, también quería llamar la atención sobre la relación que vemos históricamente en la región entre las tasas de crecimiento del PIB per cápita que se pueden observar en el eje X y las tasas de crecimiento del gasto en salud. Entonces, los países por encima de la línea diagonal han experimentado tasas de crecimiento en salud que son más altas que las del PIB y esto, por supuesto, genera preocupaciones importantes sobre la asequibilidad de los gastos futuros en salud (este es un punto al que volveremos más adelante en la presentación cuando mostremos cómo cambia esto para nuestras proyecciones) y, también, los países que están debajo de la línea diagonal representan oportunidades para aumentar los gastos en salud porque, en teoría, claramente pueden gastar, al menos, más en salud.



Traducción:

Gastos futuros en salud

Minuto 00:13:31

Con esos antecedentes, permítanme pasarle la palabra a mi colega Tim, quien repasaré los métodos antes de volver a los resultados de nuestra proyección.

Generating base case expenditure projections to 2050

- For a set of seven index countries (Mexico, Costa Rica, Argentina, Brazil, Peru, Colombia, Trinidad and Tobago), we obtained a baseline medical expenditure matrix for 2018 or 2019, with current health expenditure (CHE) disaggregated by age and disease categories
- We developed a growth model for each country based on three factors:
 - Population growth and aging
 - Changes in prevalence of diseases
 - Economic growth and technology
- For each country, we combined the growth factors and applied them to the baseline expenditure matrix to estimate future health spending, for each age and disease category, for the years 2020 to 2050



Traducción:

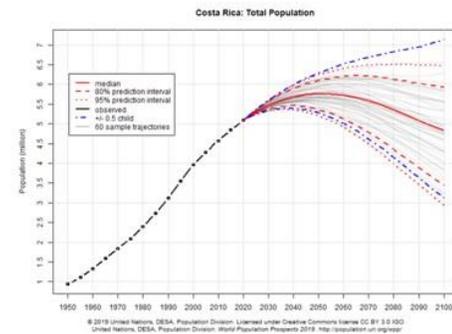
Generación de proyecciones del Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) del caso base para 2050

Minuto 00:13:42 – Timothy Robertson

Gracias, Krishna. Nuestro primer objetivo fue proyectar el gasto futuro en salud bajo un caso base hacia el año 2050. Para ello, tomamos un conjunto de países índice, siete países, que pueden ver listados aquí, y para cada uno de estos obtuvimos una matriz de gastos de referencia para 2018 o 2019 con el gasto desagregado por categorías de edad y enfermedad. Luego, desarrollamos un modelo de crecimiento para proyectar esta matriz hacia 2050 en función de tres factores: crecimiento y envejecimiento de la población, cambios en la prevalencia de enfermedades y crecimiento económico y tecnología. Para cada uno de los países del índice, combinamos estos factores e impulsamos la matriz de gastos de 2020 a 2050.

Factor 1 – Population growth and aging

- ▶ Age-disaggregated population estimates from the United Nations World Population Prospects 2019
- ▶ Five-year age categories
- ▶ Used median values for the base case; 95% prediction interval for sensitivity analysis
- ▶ Separated *population growth* from *population aging*:
 - ▶ Growth = change in the total population of a country
 - ▶ Aging = change in the distribution of the proportion in age categories



Traducción:

Factor 1- Crecimiento y envejecimiento de la población

Minuto 00:14:45

Por lo tanto, repasaré brevemente cada uno de nuestros tres factores. El primero es el crecimiento y envejecimiento de la población, o lo que se puede considerar también como demografía. Abordamos estimaciones de la ONU de población desagregadas por edad, categorías de edad por cinco años y tomamos el valor medio, aunque probamos los intervalos de predicción del 95% bajo un análisis de sensibilidad; y, en particular, separamos un factor para el crecimiento de la población, que consideramos que es solo el cambio en la población total de un país versus un factor relacionado con el envejecimiento de la población, por lo tanto, un cambio en la distribución de una proporción de la población en diferentes categorías de edad; así analizando si la población total se mantuviera igual, pero hubiera más personas mayores, cómo afectaría eso al gasto. De esta forma, tomamos estos dos factores como parte de nuestro modelo.

Factor 2 – Changes in prevalence of diseases

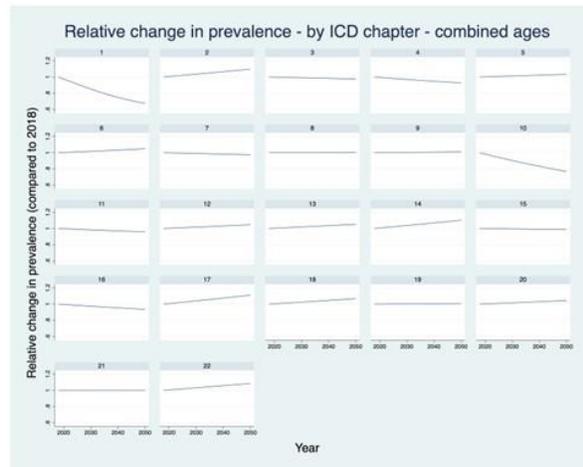
Historical prevalence estimates from IHME Global Burden of Disease (GBD) for 2000 to 2020

Used a linear model to project historical prevalence trends into the future, from 2020 to 2050

- ▶ Base case, with 95% confidence estimates for sensitivity analysis

Data are five-year age and country specific prevalence for GBD conditions

- ▶ Mapped GBD diseases to ICD10 chapters
- ▶ In our model, we report “epidemiology”, combining age-specific prevalence, population growth, and population aging



9

Traducción:

Factor 2 - Cambios de prevalencia en enfermedades

Minuto 00:15:45

El segundo factor estaba enmarcado en el cambio en la prevalencia de enfermedades. Tomamos datos de IHME Global Burden of Disease (GBD) de 2000 a 2020 y usamos estas estimaciones históricas en el cambio de prevalencia de enfermedades para avanzar hasta 2050, usando un modelo lineal y avanzando hasta 2050.

Los datos que obtuvimos de IHME eran números de prevalencia específicos por cinco años y país para un conjunto de condiciones de GBD, que no son lo mismo que los capítulos CIE10, pero para mantener la coherencia entre los países usamos los capítulos CIE10 en nuestro modelo final, por lo que tuvimos que hacer un mapeo de la enfermedad GBD en los capítulos CIE10 y, por lo tanto, el cambio en la prevalencia de cada uno de estos capítulos fue el segundo factor en nuestro modelo.

Factor 3 – Economic growth and technology

- ▶ For each country, estimated the “economic growth and technology” factor as the sum of:
 - i. the contribution of economic growth to current health expenditures
 - ii. the contribution of a residual factor that includes increases in medical prices, the effects of introducing new technologies, the intensity of medical service use, changes in health service coverage and other factors.
- ▶ Contribution of economic growth to current health expenditures based on income elasticity estimates derived from a fixed-effects regression analysis of historical expenditure in the region.
- ▶ This residual factor estimated by subtracting the contributions of demographic change, disease prevalence, and economic growth from total health expenditure growth.
- ▶ COVID-19: To account for the Covid-19 pandemic, we adjusted our projection for 2020 before returning to the regression trend rate.



Traducción:

Factor 3 - Crecimiento económico y tecnología

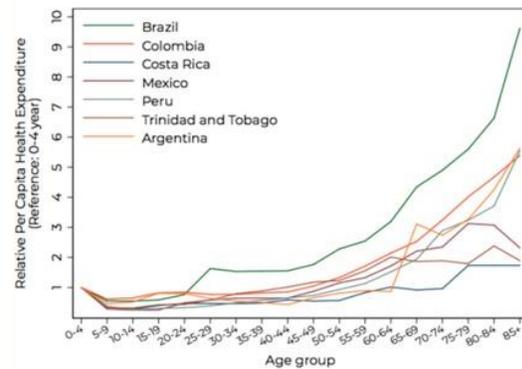
Minuto 00:16:51

Y el tercer factor fue una especie de captura de este cambio en los ingresos y también una especie de factor residual en torno al aumento de los precios de la tecnología. Para estimar este factor sumamos la contribución del crecimiento económico a los gastos de salud actuales, y la contribución de un factor residual que incluye aumentos en los precios médicos, los efectos de la introducción de nuevas tecnologías, la intensidad del servicio médico y los cambios en la cobertura de los servicios de salud. La contribución del crecimiento económico al gasto en salud se basó en estimaciones de la elasticidad del ingreso derivada de un análisis de regresión de los gastos históricos ajustados por inflación en la región, y este factor residual se estimó restando la contribución de los cambios demográficos, la prevalencia de enfermedades y el crecimiento económico del incremento del gasto total en salud.

Tratamos de considerar el impacto de la pandemia del COVID-19 y para ello ajustamos nuestra proyección en el contexto del crecimiento económico y la tecnología para 2020, considerando que volverá a la tendencia de regresión a partir de ese año.

Extrapolating from index countries to the region

- ▶ We grouped countries by their average per-capita health expenditures 2015-2018
- ▶ To estimate a baseline expenditure matrix for each country, we assumed that the age-expenditure profile of the index countries represented those of other countries in each group
- ▶ After estimating baseline expenditures, projections were based on country-specific changes in population, epidemiology, and economic growth and technology



11

Traducción:

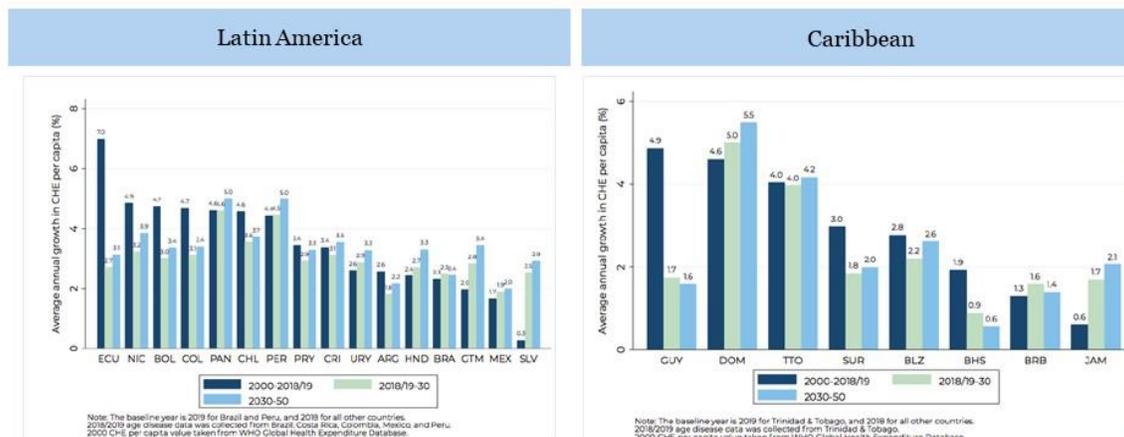
Extrapolando desde los países índice a la región

Minuto 00:18:11

Finalmente, buscamos extrapolar desde nuestro conjunto de siete países indexados al resto de los países de la región, y para hacer esto creamos grupos de países, siete conjuntos en total con alrededor de tres a cinco países en cada uno, y agrupamos los países de acuerdo a su gasto promedio en salud per cápita de 2015 a 2018. Nuestro objetivo aquí era estimar esta misma matriz de gasto con edad, categorías de enfermedad y gasto para cada país, y para hacer esto por cada país no indexado tomamos el gasto total en salud y asumimos que su distribución del gasto sería similar al país indexado que estaba en ese grupo.

Y así, después de extrapolar una matriz de gastos de referencia para cada país no indexado, usamos los cambios específicos de los países en el crecimiento de la población, los cambios en la epidemiología y el crecimiento económico, y la tecnología específica de cada país para proyectar su gasto hacia 2050. Y ahora Krishna va a presentar los resultados de este análisis.

Annual growth in current health expenditure (CHE) per capita



Note: Guyana results tentative and do not account for effect of expected oil revenues.

12

Traducción:

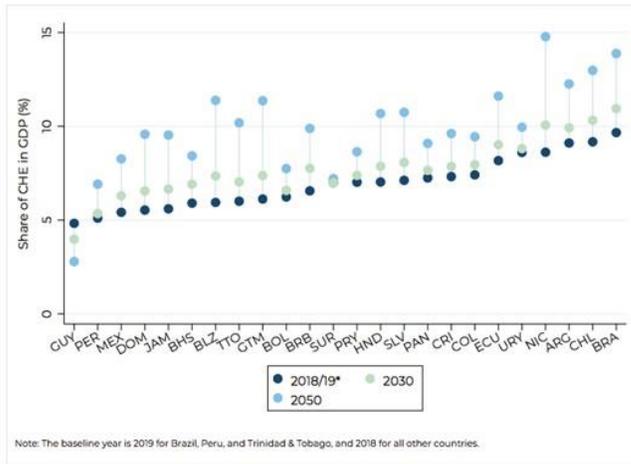
Crecimiento anual del Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) per cápita

Minuto 00:19:32 - Krishna D. Rao

Gracias, Tim. El primer conjunto de resultados que me gustaría compartir con ustedes está relacionado con el crecimiento anual del gasto corriente en salud per cápita en la región. El crecimiento anual proyectado del gasto en salud per cápita actual entre 2018 y 2050 es de alrededor del 3,2% para los países de América Latina y de alrededor del 2,4% para los países del Caribe. Como pueden ver en estos gráficos, hemos mostrado tanto la tasa de crecimiento histórica entre 2000 y 2018, como también la proyectada, y las tasas de crecimiento proyectadas se desglosan en dos tramos desde 2018/2019 hasta 2030 y desde 2030 hasta 2050.

Vemos un crecimiento relativamente alto en los gastos de salud que supera el 3,4% entre 2030 y 2050 en países como Panamá, Perú, Nicaragua, Chile, Costa Rica, Bolivia, Colombia y Guatemala. En los países del Caribe vemos altas tasas de crecimiento en República Dominicana y Trinidad y Tobago, y en toda la región de ALC las tasas de crecimiento proyectadas en los gastos actuales de salud son un poco bajas en comparación con las tasas de crecimiento históricas: en algunos países son más altas y en otros son más bajas.

Share of CHE in GDP (2018/19-2050)



Note: The baseline year is 2019 for Brazil, Peru, and Trinidad & Tobago, and 2018 for all other countries.

Note: Guyana results tentative and do not account for effect of expected oil revenues.

- ▶ The share of health expenditures in GDP is projected to increase in all LAC countries except Guyana, though the extent of this increase is heterogenous.
- ▶ The share of CHE in GDP is expected to nearly double in Belize, Guatemala, the Dominican Republic, Nicaragua, Jamaica, and Trinidad and Tobago
- ▶ In some countries (Nicaragua, Brazil, Chile, and Argentina), the projected share of CHE in GDP is expected to approach 15% by 2050, which has important implications for affordability



13

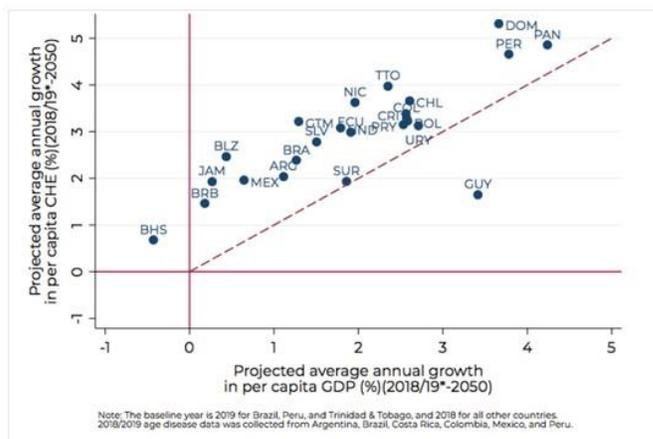
Traducción:

Participación de Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) en el PIB 2018/19 – 2050

Minuto 00:21:03

La siguiente diapositiva muestra la porcentaje de la salud en el PIB, tanto histórica como proyectada. Lo que vemos es que se prevé que el gasto en salud como porcentaje del PIB aumente en todos los países de la región de ALC, pero la magnitud de este aumento varía bastante, en particular, en algunos países como Brasil, Chile y Argentina. Se espera que la proporción proyectada del PIB se acerque a alrededor del 15% para 2050 y esto, por supuesto, tiene implicaciones importantes para la asequibilidad de la salud en estos países y, en términos más generales, en la región.

Projected growth in GDP per capita vs projected growth in CHE per capita



*Guyana projections does not include effects of expected oil revenues.



14

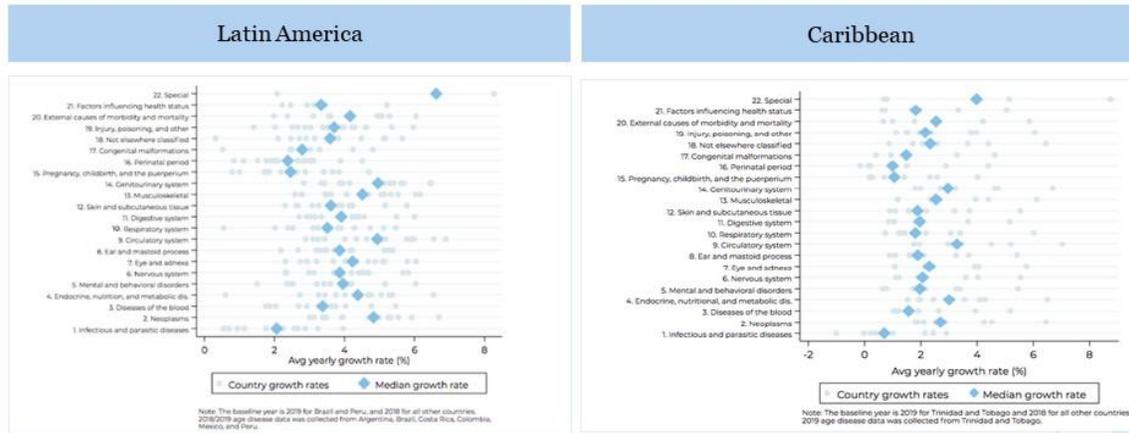
Traducción:

Crecimiento proyectado del PIB per cápita vs crecimiento proyectado del Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) per cápita

Minuto 00:21:54

Como se señaló anteriormente, el gasto histórico en salud per cápita ha estado creciendo más rápido que el PIB per cápita en la mayoría de los países de ALC. Este gráfico aquí muestra las tasas de crecimiento proyectadas entre la línea base en 2018/19 y 2050 en salud per cápita versus PIB per cápita, y entonces, lo que vemos en este gráfico es que esta tendencia de crecimiento en salud, que es mayor que el crecimiento económico, continuará y, como pueden ver, la mayoría de los países se encuentran por encima de esta línea diagonal, lo que indica que durante este período que estamos proyectando, el crecimiento del gasto en salud superará el crecimiento del PIB para la mayoría de los países de la región de ALC, lo que, nuevamente, tiene implicaciones muy importantes para la asequibilidad de la salud.

Median annual growth rate of CHE by disease group (2018/19-2050)



15

Traducción:

Tasa mediana de crecimiento anual del Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) por grupo de enfermedad (2018/19 - 2050)

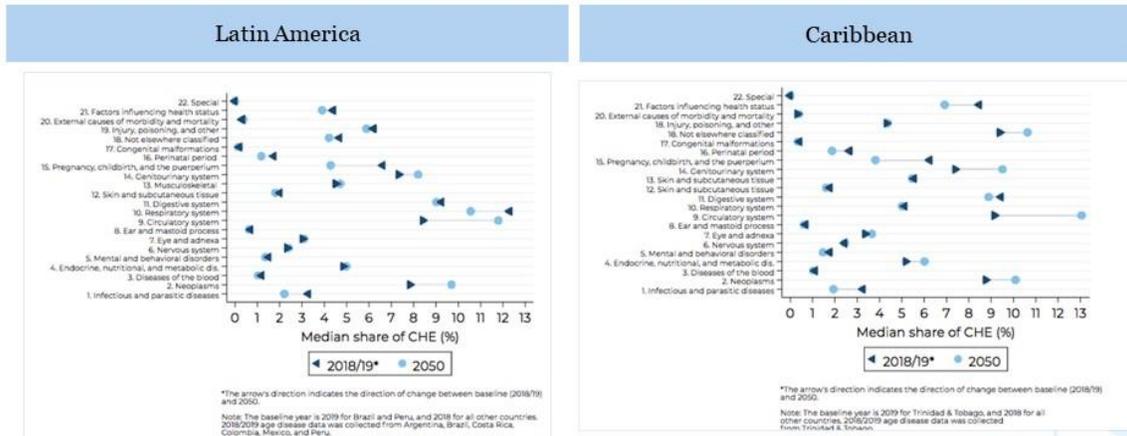
Minuto 00:23:00

Mi siguiente conjunto de resultados muestra la tasa de crecimiento de los gastos de salud por grupo de enfermedades. Como Tim lo mencionó, pudimos obtener datos desglosados por grupo de edad y enfermedad para los países abordados en nuestro análisis. Las estrellas en negrita representan la mediana dentro de estos países y las propias estimaciones de los países se muestran en gris claro, el eje-Y tiene los capítulos CIE10 que son las agrupaciones de enfermedades y el eje-X muestra la tasa de crecimiento anual.

Un par de puntos a tener en cuenta: en los países de América Latina la tasa de crecimiento anual promedio en los gastos de salud actuales será de alrededor del 4% o más, las tasas de crecimiento van a ser altas y esto también sucederá en los países del Caribe para las neoplasias; para enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; para enfermedades de los ojos; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema musculoesquelético y del sistema genitourinario; y enfermedades clasificadas bajo propósitos especiales lo que incluye nuevas enfermedades, por ejemplo, el COVID-19 sería parte de estas y la resistencia a los medicamentos antimicrobianos. También observamos que algunas enfermedades experimentarán un crecimiento relativamente menor en los gastos de salud actuales, incluidas ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias que se encuentran en el capítulo 1; el embarazo, el parto, en el capítulo 15; y las afecciones que se originan en el período prenatal.

Como pueden ver, en las tendencias de esta región, se espera que ciertas enfermedades, que reflejan en gran medida enfermedades crónicas y ENT, experimenten un mayor crecimiento, mientras que las relacionadas con enfermedades transmisibles experimentarán tasas de crecimiento más bajas, pero hay una tasa de crecimiento positiva en todas estas enfermedades.

Median share of disease group in CHE (2018/19, 2050)



16

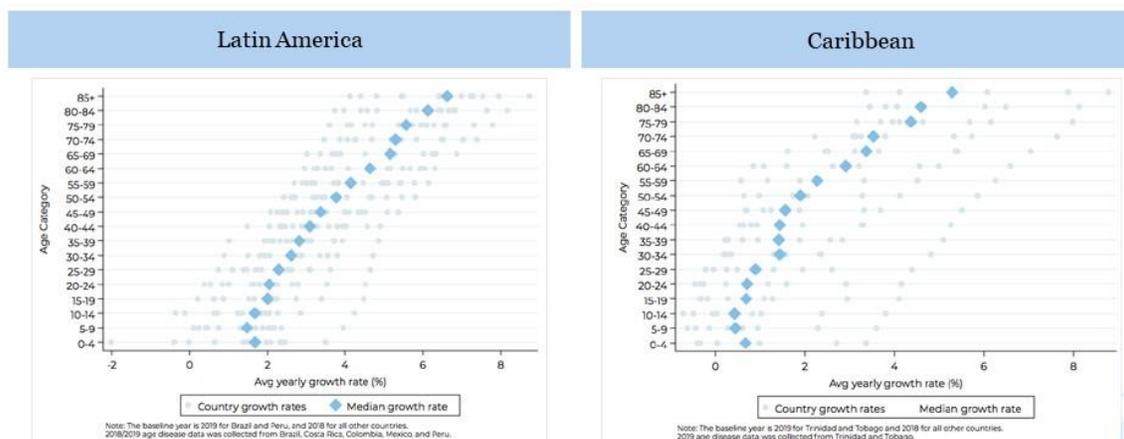
Traducción:

Participación media del grupo de enfermedades en el Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) (2018/19 - 2050)

Minuto 00:25:20

Cuando observamos la proporción del gasto en salud en la línea base y en 2050, y cómo cambia, se nos ocurren un par de cosas. Una es que, para ciertas afecciones como enfermedades del sistema circulatorio o neoplasias, vemos un aumento importante en la proporción del gasto en salud dirigido hacia estas enfermedades a lo largo del tiempo; pero para otras como, por ejemplo, el embarazo y el parto, vemos un cambio a una proporción más baja durante este período y se observan tendencias similares tanto en los países de América Latina como en los países del Caribe.

Median annual growth rate of CHE by age (2018/19, 2050)



17

Traducción:

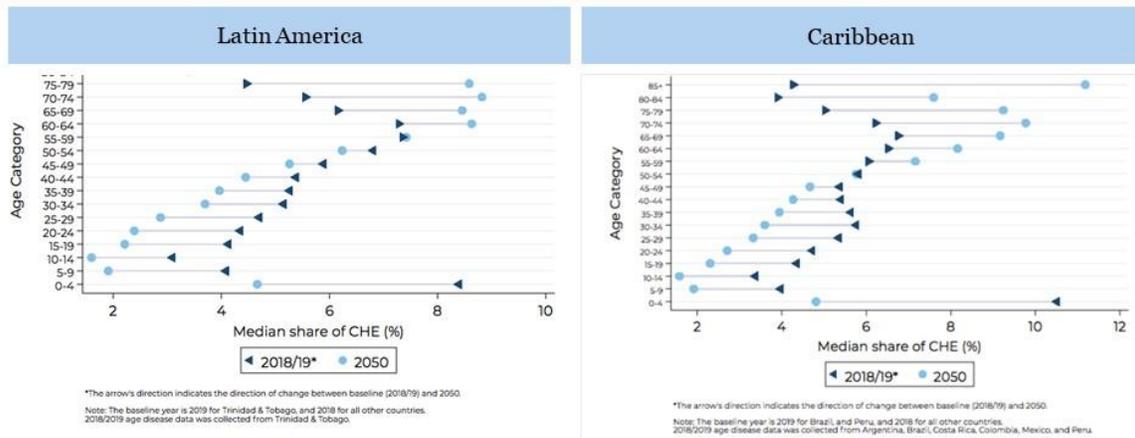
Tasa de crecimiento anual media de Gasto en Salud por edad (2018/19 - 2050)

Minuto 00:26:15

Este conjunto de resultados ahora muestra la tasa de crecimiento de los gastos corrientes en salud por edad. Como era de esperarse, vemos que las tasas de crecimiento del gasto en salud aumentan tanto en los países de América Latina como del Caribe. En la región de América Latina la tasa de crecimiento media es de alrededor del 2% anual hasta 2025 y luego aumenta a alrededor del 6% para el grupo de mayor edad. Observamos una tendencia muy similar en los países del Caribe, pero las tasas medias de crecimiento anual en estos son algo más bajas que las de los países de América Latina.

Entonces, en general, estas tendencias por edad muestran que las tasas de crecimiento en los gastos de salud han sido impulsadas por los gastos en los grupos de mayor edad que, a su vez, han sido impulsados por el crecimiento en el tamaño de estos grupos de edad, así como el crecimiento en los gastos de salud per cápita que se ocupan en estos grupos de edad.

Median share of age category in CHE (2018/19, 2050)



18

Traducción:

Participación media de la categoría de edad en el Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) (2018/19 - 2050)

Minuto 00:27:28

Ahora la diapositiva muestra cómo cambia la proporción de cada categoría de edad en los gastos de salud corrientes entre la línea base en 2018/19 y 2050. Lo que se espera es que haya aumentos en la proporción de gastos de salud destinados a los grupos de mayor edad, en particular alrededor de los 60 años, y vemos que disminuye la proporción que va a los grupos de edad más jóvenes. Se observan patrones similares tanto en el Caribe como en los países de América Latina.

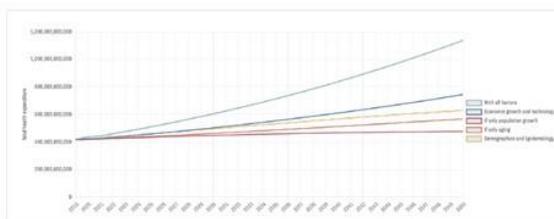
Contributors to Growth in CHE (2018/19, 2050)

Relative change in CHE from 2018/19 to 2050

	All factors	Economic growth & technology	Population growth	Population aging	Demographics and Epidemiology*
LAC	2.75	1.80	1.15	1.37	1.52
Latin America	2.71	1.78	1.16	1.37	1.52
Caribbean	4.67	2.96	1.14	1.27	1.53

* This column shows the effects on health expenditures growth from population growth, aging, and changes in age-specific prevalence.

Expenditure over time in LAC by contributing factor (2018/2019-2050)



- Some countries diverge from the region-wide average findings of economic growth and technology being the main driver of CHE growth.
- In Mexico, epidemiology and demography contributes an increase in CHE of 69.7%, followed by economic growth and technology (35.7%), and aging (32.6%)



Traducción:

Contribuciones al crecimiento en CHE (2018/19 - 2050)

Minuto 00:28:11

Estos resultados intentan capturar el efecto relativo de los diferentes factores individuales de nuestro modelo sobre el crecimiento del gasto corriente en salud. Entonces, en general, por ejemplo, los gastos de salud aumentan alrededor de 2,7 veces entre la línea base y la línea final en 2050 y ese fue el aumento medio para los países de ALC, alrededor de 2,7 para los países de América Latina y de 4,6 para los países del Caribe. En los países de ALC, el crecimiento económico y la tecnología tuvieron mayor efecto en el aumento de los gastos de salud corrientes; en promedio, casi duplicaron en los países de América Latina y casi se triplicaron en los países del Caribe.

Encontramos que el efecto de la demografía y la epidemiología, los cuales incluyen los efectos del crecimiento de la población, el envejecimiento y la prevalencia de enfermedades específicas por edad, tienen el segundo efecto más grande para América Latina y el Caribe, siendo el más grande el del crecimiento económico y la tecnología. La contribución de solo el crecimiento de la población y el envejecimiento fue modesta en comparación con el crecimiento económico y la tecnología.

Nótese que la clasificación relativa y la magnitud de estos factores varía según el país. Encontramos, por ejemplo, que en México el efecto de la demografía y la epidemiología sobre el crecimiento del gasto en salud supera al del crecimiento económico y la tecnología, pero para la región en su conjunto el crecimiento económico y la tecnología fueron el principal impulsor del gasto en salud.



Traducción:

Reduciendo la curva de gastos

Minuto 00:30:05

Ahora pasamos a la segunda parte de nuestro análisis donde presentamos escenarios sobre cómo se podría reducir el gasto en salud en la región, así que pasará la palabra a Tim para repasar los métodos y luego a Andrés.

Scenario analysis

- ▶ What opportunities exist to curb the projected growth in health expenditure?
- ▶ We used the base case trends for each country to estimate:
 - ▶ Change in disease risk factors on non-communicable diseases
 - Four risk factors (tobacco use, hypertension, high blood glucose, alcohol use)
 - Five non-communicable diseases (cancer, diabetes, kidney failure, cardiovascular disease, COPD-chronic obstructive pulmonary disease)
 - ▶ Effect of cost containment policies
 - ▶ Expenditures required to achieve universal health coverage in 2030



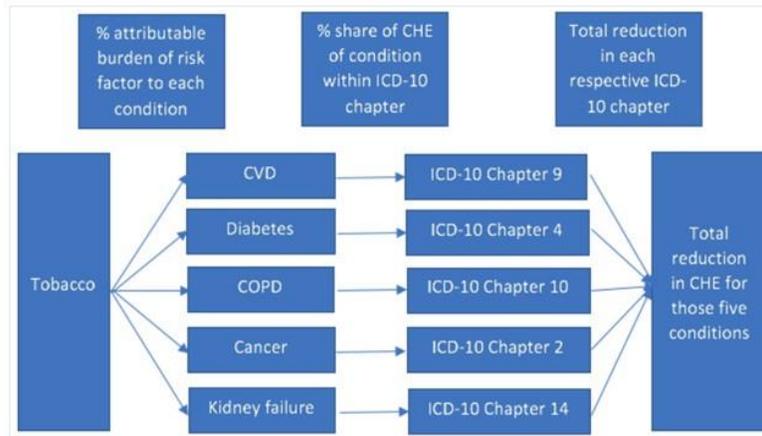
Traducción:

Análisis del escenario

Minuto 00:30:24 – Timothy Roberton

Gracias, Krishna. Nuestra meta en este segundo objetivo principal del proyecto era preguntar: ¿Qué oportunidades existen para frenar el crecimiento proyectado en el gasto en salud? Entonces, tomamos el caso base para cada país que habíamos establecido bajo ese primer objetivo que mencionó Krishna y luego realizamos un análisis para tres escenarios diferentes. El primer escenario es: ¿Qué sucedería si redujéramos la prevalencia de ciertos factores de riesgo de enfermedades que luego tendrían un efecto en la reducción de la prevalencia de las ENT y la reducción del gasto relacionado con ciertas ENT? Y entonces: ¿Cuál sería el efecto de reducir el gasto total en salud y reducir la morbilidad y la mortalidad? Ese fue el primer escenario pensando en reducir potencialmente la prevalencia de los factores de riesgo. El segundo escenario giraba en torno a la contención de costos y consistía en preguntarnos: ¿Qué pasaría si frenáramos el aumento en el costo de la tecnología médica u otros factores relacionados con estas tecnologías? Y luego, el escenario final era: ¿Cuánto costaría o cómo tendría que aumentar el gasto si los países lograran la cobertura universal de salud para el 2030?

Example: Estimating the effect of reducing tobacco use



22

Traducción:

Ejemplo: Estimación del efecto de reducir el consumo de tabaco

Minuto 00:31:55

Revisaré cada uno de estos escenarios una vez más. Para ese primer escenario, estábamos viendo el cambio en los factores de riesgo de enfermedades y aquí hay un ejemplo de lo que estábamos preguntándonos: ¿Qué pasaría si redujéramos el consumo de tabaco? Entonces, en el extremo izquierdo que ven en el cuadro de la diapositiva, tenemos el tabaco, si tuviéramos que reducir la prevalencia del consumo de tabaco asumimos que eso reduciría la prevalencia de 5 ENT: enfermedad cardiovascular, diabetes, EPOC, cáncer e insuficiencia renal, y pudimos estimar la reducción en la prevalencia de estas enfermedades tomando datos del IHME sobre la proporción de cada una de las enfermedades atribuibles al factor de riesgo, en este caso, el tabaquismo.

Una vez que estimábamos la reducción en la prevalencia de estas ENT, podíamos decir cómo reduciría ello la proporción del gasto para cada uno de los capítulos de la CIE10. Una vez que tuviéramos eso, podríamos responder cuál sería la reducción general en los gastos corrientes de salud para cada uno de los países como resultado de la reducción del factor de riesgo. Y analizamos el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la hipertensión y la glucemia alta en ayunas.

Other scenarios

- ▶ **Cost containment policies:** Contribution of economic growth and technology for each LAC country adjusted using income elasticities of western European and high-income countries, where there is active negotiation between payors and providers over costs (e.g. Japan, France, Germany).
- ▶ **Cost to approach UHC:** we used the Universal Health Coverage index based on the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2019 from IHME, to determine the potential increase in CHE required to achieve a universal health coverage (UHC) index of 90 by year 2030, imputing the elasticity of UHC to CHE growth and assuming a linear trend.



Traducción:

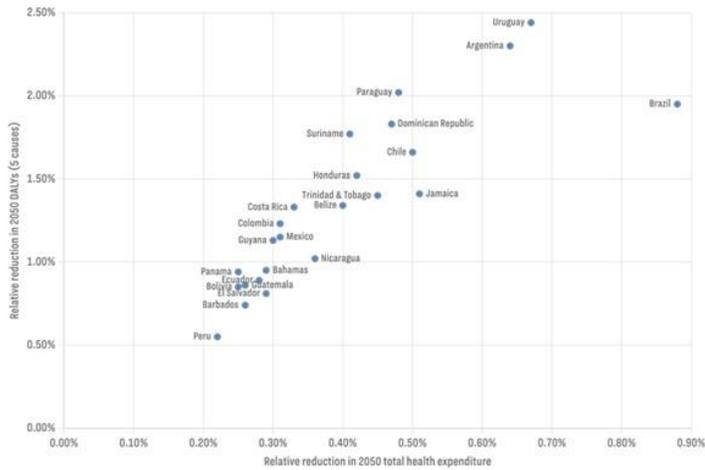
Contribuyentes al crecimiento en el Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) (2018/19 - 2050)

Minuto 00:33:23

Nuestro segundo escenario gira en torno a la contención de costos y, para ello, observamos la contribución del crecimiento económico y la tecnología de cada país y lo ajustamos usando las elasticidades de ingresos de los países de Europa occidental y de ingresos altos; y luego, para nuestro tercer escenario, analizando el costo de llegar a la Cobertura Sanitaria Universal (UHC por sus siglas en inglés) usamos el índice ICS (índice de cobertura del servicio – UHC por sus siglas en inglés) del GBD para determinar el aumento potencial en el gasto requerido para lograr un índice ICS de 90 para el año 2030, y para hacer esto imputamos la elasticidad de ICS al crecimiento del Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) asumiendo una tendencia lineal.

Y ahora Andrés va a dar los resultados de estos escenarios.

Effect of changes in prevalence of chronic conditions on expenditures and DALYs: TOBACCO.



- The most important risk factor on reducing CHE for Brazil.
- Countries with highest smoking prevalence benefit the most in terms of DALYs and CHE
- Risk factor that we know how to address.



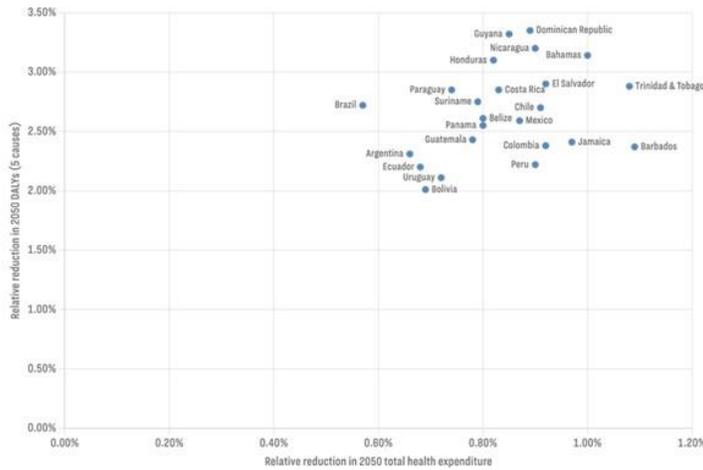
Efecto de los cambios en la prevalencia de enfermedades crónicas sobre los gastos y DALYs: Tabaco

Minuto 00:34:22 – Andrés Vecino

Thank you so much, Tim. Así que estos resultados vamos a presentarlos de 3 maneras, por un lado, el análisis contrafactual de los cambios de los factores de riesgo que acaba de describir Tim, tanto en la carga de enfermedad medido como DALYs o años de vida perdidos ajustados por enfermedad y, por otro lado, el efecto de estos mismos cambios en los factores de riesgo en el gasto en salud anual. Después de esto voy a presentar rápidamente los resultados de lo que implica controlar costos y finalmente el análisis contrafactual de las inversiones requeridas para que todos estos países logren alcanzar la meta de cobertura universal en salud que básicamente implica, como dijo Tim, es alcanzar el 90% en el índice de cobertura universal.

Entonces empezando con tabaco, vemos que es un factor de riesgo importante, no tan importante como otros y les mostraré esto en un segundo, y es definitivamente el factor de riesgo más importante de Brasil. Los países en general con mayor prevalencia de tabaquismo se benefician más en términos de reducir este factor de riesgo tanto en DALYs como en gasto en salud. Y, al mismo tiempo, digamos que es un factor de riesgo relativamente fácil de tratar, relativamente, tanto porque existen impuestos como política pública exitosa aprobada, pero también existe en un marco que es el marco de control de tabaco que rige la mayoría de los países de la región y que permite reducir este factor de riesgo.

Effect of changes in prevalence of chronic conditions on expenditures and DALYs: HYPERTENSION.



- The most important risk factor on reducing CHE for most countries.
- Less variability across countries.
- Risk factor difficult to address.

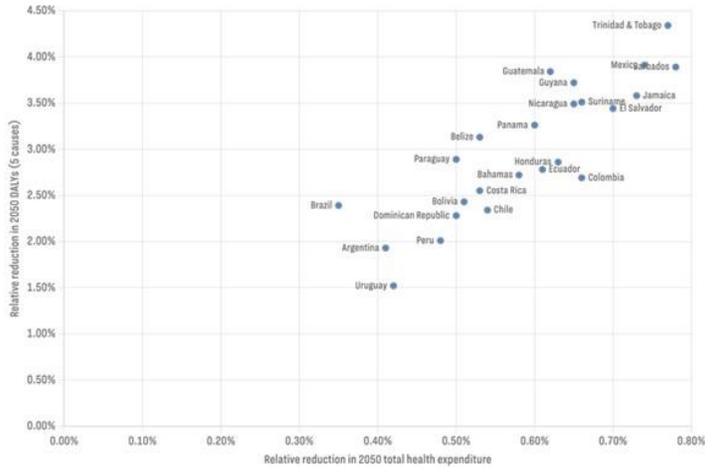


Efecto de los cambios en la prevalencia de condiciones crónicas sobre gastos y DALYs: Hipertensión

Minuto 00:36:57

Para hipertensión, este es definitivamente el factor de riesgo más importante para reducir gasto en salud en la mayoría de los países. En este caso vemos menos variabilidad en los países, realmente hay mucha consistencia, vemos que la mayoría de los países están en un rango específico y, al mismo tiempo, es un factor de riesgo difícil de tratar. Básicamente esto implica, porque las personas con hipertensión continúan con hipertensión, implican que el cambio en la prevalencia de hipertensión sea a través de reducir su incidencia. Entonces vemos que es un buen factor de riesgo para tratar, pero es difícil y hay que buscar diferentes estrategias para reducir este factor de riesgo.

Effect of changes in prevalence of chronic conditions on expenditures and DALYs: HIGH BLOOD GLUCOSE.



- Caribbean countries and Mexico benefit the most of curbing this risk factor.
- High variability across countries.
- Risk factor difficult to address.

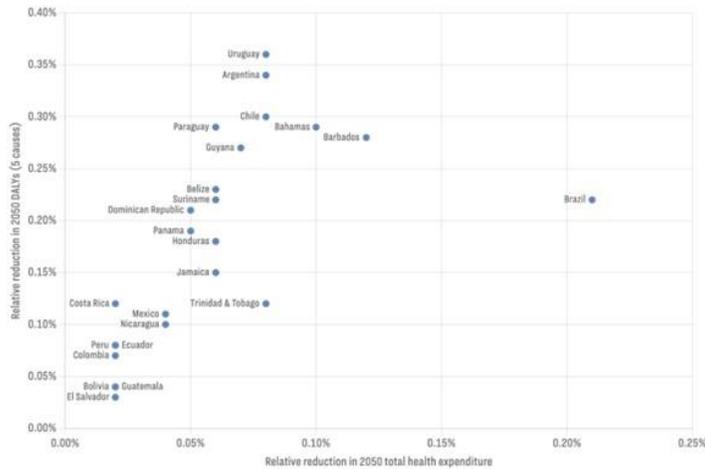


Efecto de los cambios en la prevalencia de enfermedades crónicas sobre los gastos y los DALY: glucemia alta

Minuto 00:37:46

En el caso de altos niveles de glucosa en sangre que es similar a tener diabetes, aunque no necesariamente, vemos que los países que más se benefician de esto son tanto México como los países del Caribe. Al mismo tiempo vemos algún grado de variabilidad importante a través de los países y de la misma manera que la hipertensión, es un factor de riesgo difícil de tratar por cuenta de que tiene muchos factores diversos y también tiene que tratarse su prevalencia a través de reducir la incidencia o de mejorar su control. Entonces digamos que ese es un tema importante para pensar en términos, por ejemplo, de calidad en salud en el largo plazo.

Effect of changes in prevalence of chronic conditions on expenditures and DALYs: ALCOHOL.



- Risk factor with lower effects in terms of both CHE and DALYs.
- Brazil as an outlier
- Risk factor relatively easy to address.

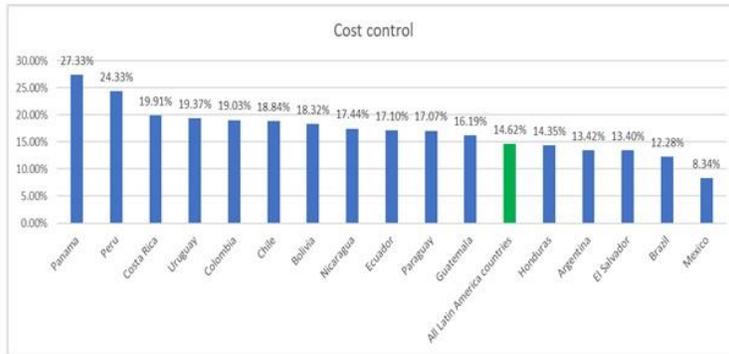


Efecto de los cambios en la prevalencia de enfermedades crónicas sobre los gastos y los DALY: Alcohol

Minuto 00:38:39

Y el último factor de riesgo es alcohol. El alcohol es realmente el factor de riesgo con el que vimos menos efectos. Brasil es un caso aparte en este sentido, pero en general vemos efectos relativamente bajos tanto en gasto como en carga de enfermedad para el caso de alcohol. Al mismo tiempo es un factor de riesgo que es relativamente fácil de tratar, también con impuestos, pero digamos que los beneficios en ese sentido son menos evidentes.

Effect of cost control strategies on CHE in 2050.



- Cost control is the most effective strategy to reduce CHE
- High variability across countries
- The level at which different countries benefit from cost-control is very country-dependent.

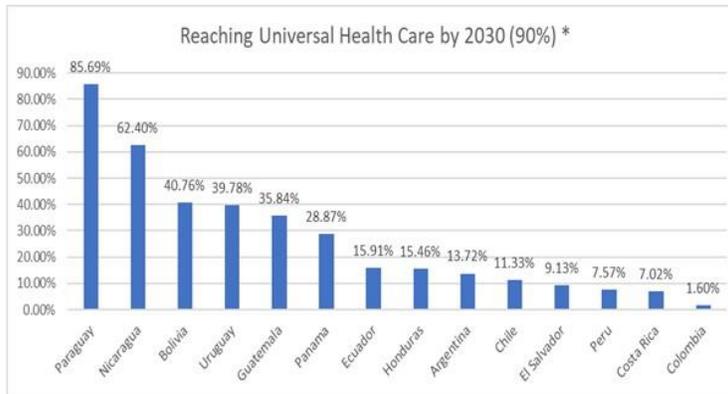


Efecto de las estrategias de control de costos en el Gasto Corriente en Salud (CHE por sus siglas en inglés) en 2050

Minuto 00:39:21

En cuanto a las estrategias de control de costos, vemos que esa es, de hecho, para reducir gasto en salud, la estrategia más importante, es la que mayor impacto tiene para reducir gasto en salud de aquí al 2050. A pesar de eso, hay un gran variabilidad a través de los países y ustedes ven que realmente no hay un patrón específico en cuanto al tamaño del país, al tipo de sistema de salud que tiene el país... Realmente hay aspectos que son muy específicos de cada país que llevan a ese cambio, a esa reducción en el gasto pero que son variables a través de ellos y por eso vemos cambios que van desde el 27% en Panamá, hasta el 8% en México, entonces realmente en general es muy dependiente al país pero al mismo tiempo es la estrategia más importante para reducir el gasto en salud hacia el 2050.

Investments needed to achieve a 90% UHC index in 2030.



Brazil and Mexico were not measured, UHC at index equal to 90%

- Percent increases at which CHE needs to be increased from 2020 to 2030 in order to achieve UHC.
- Countries closer to UHC require lower investments.
- Smallest countries require higher percentual investments.



29

Inversiones necesarias para alcanzar un índice ICS del 90% en 2030 Minuto 00:40:31

Y, finalmente, las inversiones necesarias para alcanzar un índice de 90% en 2030 nos muestran que hay gran variabilidad también en cuanto a lo que se requiere. Vemos que, por supuesto, países que están más cerca de ese índice, necesitan inversiones menos grandes porcentualmente; sin embargo, en general, vemos que países pequeños requieren en general inversiones porcentuales más altas. Entonces digamos que estos datos nos muestran el monto en el cual debe incrementarse el gasto anual en salud, asumiendo digamos una tendencia lineal como mostró Tim anteriormente, para poder llegar al 90% de cobertura en el 2030 que es el objetivo de los (NE [00:41:22]).

Summary

- ▶ LAC region will experience real increases in CHE between baseline and 2050.
- ▶ Affordability is a concern – by 2050 almost all LAC countries will experience health expenditure growth rates that exceed the growth in their national incomes.
- ▶ Modest effects of changes in demography and epidemiology on increasing health expenditures; the main driver is economic growth and technology.
- ▶ Shift in the distribution of health expenditures to chronic conditions and older ages.
- ▶ To mitigate expected fiscal pressures consider strategies that ensure that future health resources are used more efficiently, pay attention to the health of older populations, and actively engage with cost control mechanisms.



Resumen

Minuto 00:41:28

Y, finalmente, digamos como resumen, en general la región de Latinoamérica y el Caribe experimentará incrementos en el gasto en salud, incluso ajustado por inflación entre la línea de base que hicimos 2018-2019 hasta el 2050. Definitivamente lograr financiar los sistemas de salud es una preocupación dado que las tasas de crecimiento de gasto superan las tasas de crecimiento de los ingresos esperados y digamos que esto si llama la atención acerca de la importancia de trabajar más en la eficiencia del gasto, de forma que se puedan tratar todas las necesidades y se pueda mantener la cobertura que la región ha alcanzado.

Hay efectos modestos como les mostramos en términos de la demografía, el envejecimiento y de la epidemiología en el incremento del gasto, pero definitivamente el principal factor es el crecimiento económico y la tecnología y el cambio tecnológico que hemos estado describiendo.

Hay un cambio en la distribución del gasto hacia las enfermedades crónicas y las edades mayores, y definitivamente es importante que para mitigar la presión fiscal es importante considerar estrategias que se enfoquen en mejorar el gasto eficiente, pongan atención a estas poblaciones que gastan más, y procuren mejorar los mecanismos de control de gasto que puede ser a través, por ejemplo, de fortalecer las agencias de tecnología en salud o los planes de beneficios.

Es importante destacar que el cambio tecnológico debe añadir valor, en este caso, y no solamente implicar costo. Y, al final, digamos que creo que si hay también una necesidad por mejorar los datos

a nivel nacional para que este trabajo se pueda hacer más frecuentemente por todos los países.
Muchas gracias.

Panel - Questions and answers

Moderator: Marcella Distrutti

Minute 00:43:32

Katherine Del Salto: Muchas gracias, Andrés, y gracias a los colegas de Johns Hopkins por tan interesante presentación. Como mencionó Krishna al inicio de su presentación, este fue un estudio que fue un trabajo colaborativo con académicos e investigadores de instituciones latinoamericanas y caribeñas.

En esta segunda sección tenemos un panel con los colaboradores. Hoy nos acompañan Paulina Giusti, gerente general del Instituto de Análisis y Gestión del Perú; Alafía Samuels, docente de la Universidad de West Indies en Jamaica; Daniel Maceira, docente del Departamento de Economía de la Universidad de Buenos Aires y colaborador del Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina; también está con nosotros Carla Jorge Machada, docente de la Universidad Federal de Minas Gerais en Brasil; Yvonne Nicole Flores, investigadora del Instituto Mexicano de Seguridad Social; Ángela Vega Landaeta, directora del Área de Consensos y Demografía del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en Colombia; y Andrea Prado, docente asociada del INCAE Business School en Costa Rica. Como ven, un panel realmente representativo de la región.

Esta sección será moderada por Marcella Distrutti, quien es nuestra coordinadora en la Red Criteria de la División de Protección y Salud del BID. Así que Marce, te paso la palabra, bienvenida.

Minute 00:44:59

Marcella Distrutti: Muchas gracias, Katherine. Buenos días a todos y muchas gracias a todos nuestros invitados por acompañarnos el día de hoy. A nuestros panelistas les agradecemos de antemano si pueden mantener sus respuestas en un tiempo de 2 a 3 minutos. Las primeras preguntas que vamos a hacer estarán más relacionadas con aspectos metodológicos del estudio, las siguientes con las implicancias de los resultados del estudio para la región. Daniel, bienvenido, vamos a empezar este diálogo contigo.

Un estudio como el que se acaba de presentar requiere acceso a datos de calidad. En tu experiencia ¿Cuáles son los desafíos que enfrenta un sistema de salud segmentado como el argentino para realizar estudios de costos? ¿Cuáles han sido las implicaciones para la metodología aplicada en este estudio?

Minute 00:46:02

Daniel Maceira: Buenos días, Marcella. Bienvenidos a todos y a todas al seminario. Si, el Sistema de Salud argentino, como muchos en América Latina, es segmentado. En el caso argentino que todo se agrega, que hay más de 300 instituciones de seguridad social y el Sistema de Salud público es

federal y descentralizado, por tanto, no existe una estructura nacional que reúna costos a nivel institucional. Tenemos, por suerte, una Dirección de Estadísticas de Salud que depende del Ministerio de Salud de la Nación, que tiene una base valiosa en términos de internaciones y consultas en el subsistema público y eso fue la base del trabajo a partir del cual se expandieron las consultas y las internaciones en el sector privado utilizando las encuestas de hogares disponibles. A eso, en un segundo paso, se le agregaron las estimaciones de costos para lo que se utilizaron distintos instrumentos disponibles, todos imperfectos tales como nomenclador nacional, consultas con base de datos de obras sociales clave y otra información secundaria.

Esto un poco nos muestra las fortalezas y debilidades del manejo de información del Sistema de Salud argentino donde, por un lado, tenemos información de alta calidad en instituciones como el Ministerio de Salud y, por el otro lado, aparecen otras instituciones que tienen que ser reforzadas para poder completar los datos disponibles tales como el Consejo Federal de Salud dentro de la órbita del Ministerio o la Superintendencia de Servicio de Salud que es la institución que supervisa las obras sociales nacionales y a la que se podrían agregar otras instituciones como el Instituto Nacional del Cáncer, etcétera.

Gracias.

Minuto 00:48:13

Marcella Distrutti: Gracias, Daniel. Muy bueno saber que, a pesar de estas características, si es un estudio y una metodología que puede ser replicado para otros países con características similares. Ángela, continuaremos la discusión contigo. Colombia tiene la singularidad de disponer de datos detallados de gasto en salud hospitalarios y ambulatorios ¿Cuáles son los beneficios de esta disponibilidad de datos para este estudio y qué lecciones nos deja para otros países?

Minuto 00:48:42

Ángela Vega Landaeta: Antes quiero hacer una precisión, yo soy directora de un área del DANE del Área de Censos y Demografía, no soy la directora general, pareciera que quedara así, pero es solo por la precisión. Colombia, desde el 2008, con el liderazgo del Ministerio de Salud, ha venido consolidado una bodega de datos que se le conoce como SISPRO que es el Sistema Integrado de Información a la Protección Social y uno de sus componentes es un Registro Individual de Prestaciones de Salud que le conocemos en Colombia como el RIPS. Este registro es de libre acceso, tiene un buen número de variables que permite generar muchos cruces, conocer y caracterizar la morbilidad del país y asociarle su costo, el costo de atención que esto implica, tanto la ambulatoria, como la intramural. Estos son 14 años que llevamos consolidando este registro y ya en este momento tenemos un registro más robusto y con un gran volumen de información; sin embargo, aún tenemos algunas deficiencias que se tendrán que ir corrigiendo como lo ha demostrado el registro que cada vez es más eficiente.

En Colombia tenemos dos grandes sistemas o regímenes de seguros que es el contributivo y el subsidiado. Al contributivo pertenecen quienes tienen capacidad de pago y tienen un trabajo, y los subsidiados pues son estos que el gobierno asume su prestación.

En el sistema contributivo el RIPS es muy eficiente, es un registro totalmente limpio, con una cabalidad total, todas sus variables están bien definidas y capturadas. En el subsidiado tenemos algunas deficiencias aún. Un 23%, más o menos, de la información aún se pierde por la edad o causa mal definida o por inconsistencias en las variables. La medicina prepagada reporta al RIPS y también es muy eficiente. Otra inconsistencia u otro problema que es menor y es que los seguros privados no hacen un reporte permanente al RIPS, pero esto se puede quedar en el error estadístico.

El registro, a pesar de que está en bruto aún, que no tiene un proceso de producción para aprovechamiento estadístico, un proceso de producción que eliminaría los missing y adelantaría validaciones de cobertura y de calidad de la información que sería un escenario ideal y un control sobre la recolección, nos deja ver una muy buena tendencia y un muy buen nivel del gasto en salud y de la morbilidad. Este ejercicio nos pedía definir cómo era que se distribuía el gasto por grandes grupos de la CIE10 y por grupos quinquenales de edad. Con algunos ejercicios muy básicos de alineación o de emparejamientos de validación de consistencias con respecto a la carga epidemiológica o con las cuentas de salud, etcétera, pudimos obtener una muy buena estructura que nos permite hacer la distribución.

Hacia los otros países decirles -y ya con esto cierro-, la importancia de que se cree consciencia de la necesidad de tener un sistema único, un sistema de información en salud que recoja las particularidades de su población y de su sistema de protección, y que ofrezca una información suficiente para la toma de decisiones en salud. Es muy importante la unificación de las diferentes fuentes y registros, nosotros aún tenemos cosas por hacer, pero hemos avanzado.

Minuto 00:53:12

Marcella Distrutti: Muchas gracias, Ángela, muchas gracias por este mensaje final. En efecto, si, cada vez más se observa la importancia de contar con datos muy buenos para permitir análisis como estos, de manera cada vez más continua. Muchas gracias, voy a cambiar al inglés ahora para dirigirme a nuestra siguiente panelista.

Traducción:

Alafia, bienvenida y gracias por acompañarnos hoy. Siguiendo el hilo temático de Daniel y Ángela, en tu opinión ¿Cuál es la mejor manera de hacer proyecciones financieras para los pequeños estados en desarrollo? Por supuesto, esto significa que muchos de ellos no tienen datos de la ONU disponibles, dado que una población pequeña podría conducir a veces a la inestabilidad de los números. Entonces,

¿Cuál es tu opinión sobre eso? ¿Es posible hacer proyecciones individuales para tales países? Entonces, la pregunta es: ¿Cuál crees, en tu opinión, que es la mejor manera de hacer una proyección financiera para los pequeños estados en desarrollo, considerando que muchos de ellos no tienen muchos datos de la ONU disponibles dado que una población pequeña a veces podría conducir a la inestabilidad de los números? ¿Es posible hacer proyecciones individuales para pequeños países en desarrollo?

Minuto 00:55:02

Alafia Samuels (Traducción):

Bueno, para ser honesta, creo que el tamaño del país y la variabilidad de los datos van a comprometer cualquier proyección que puedas hacer. (Creo que las proyecciones van a ser robustas [00:55:14] - [00:55:25]) para un país pequeño de 50.000 personas o algo así (NE [00:55:28] - [00:55:32]). Estoy diciendo que los países van a querer estas proyecciones, así que tal vez lo que tendríamos que hacer es agrupar a los países para obtener más números, para obtener más solidez para poder hacer una proyección. Por ejemplo, hay una organización de Estados del Caribe Oriental constituía por 6 países que tienen una población de menos de 200 000 habitantes, pero si los agrupamos todos juntos, creo que podemos hacer una especie de proyección general y luego podríamos, ya sabes, si tu país contribuyó con el 10% del total, entonces estimamos ese 10%. Hagamos lo que hagamos, la confianza en ellos será enorme, por lo que es un problema, no sé la solución y espero que alguien en la llamada tenga algunas ideas.

Minuto 00:56:46

Marcella Distrutti (Traducción):

Muchas gracias, Alafia, tal vez podamos volver a eso en la siguiente sección de este debate en la que tal vez podamos invitar a algunos de nuestros colegas de Hopkins a arrojar algo de luz sobre ese tema.

Minuto 00:57:02

Alafia Samuels: Thank you.

Minuto 00:57:01

Marcella Distrutti: Gracias. Voy a seguir adelante ahora con Yvonne y ahora vamos a hacer algunas preguntas más relacionadas con los resultados de este estudio y las implicaciones que tienen para las regiones. Yvonne, bienvenida. A diferencia de otros países de América Latina y el Caribe, donde el crecimiento económico y la tecnología serán los principales del aumento del gasto sanitario, en México el crecimiento de la población y la epidemiología impulsarán este aumento en el futuro ¿Cuáles son algunas de las razones de esto y qué se puede hacer en México para abordar esta situación y reducir el impacto de las enfermedades crónicas en el tiempo?

Minuto 00:57:57

Yvonne Nicole Flores: Si, muchísimas gracias.

(Traducción)

Voy a responder en inglés como lo hicieron muchos de ustedes. Gracias por invitarnos a participar en este panel y también buenos días a todos los asistentes. Como dice la pregunta, en México, las principales razones del aumento observado en los gastos de salud están probablemente relacionados con el crecimiento de enfermedades crónicas tanto en los grupos de edad más jóvenes como en los de mayor edad, el envejecimiento de la población y el exceso de inflación médica.

Para el 2050 las siguientes condiciones estarán representando por lo menos el 65% del gasto en salud proyectado en México, por lo que estas son condiciones que deben ser atendidas por el gasto actual en salud del gobierno que son causas externas de morbilidad y mortalidad, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades endocrino y metabólicas nutricionales, enfermedades genitourinarias, enfermedades respiratorias y enfermedades digestivas. Estas son condiciones específicas en las que el gobierno mexicano debe enfocarse para abordar cómo es que los aumentos en los gastos por estas condiciones van a impulsar el aumento en los gastos de salud.

Algunas de las cosas que se pueden hacer son: invertir en programas preventivos, curativos y de rehabilitación para personas jóvenes y mayores, y esto podría ayudar a reducir la carga esperada creada por este aumento de enfermedades crónicas; además, el envejecimiento y el crecimiento de la población impulsarán el aumento de los gastos de atención médica, por lo que entre 2020 y 2050, la población de México aumentará en un 17% y, lo que es más importante, el porcentaje de personas mayores de 60 años aumentará del 12% al 25 % que es una duplicación de la población mayor de 60 años, por lo que obviamente esto también tendrá consecuencias para el aumento de las enfermedades crónicas y los gastos asociados a estas condiciones.

Entonces, mantener una buena salud de las personas en estos grupos de edad mayores de 60 años implica obviamente mejorar la calidad de la atención primaria y la continuidad de la atención de las personas a medida que envejecen, por lo que México debería considerar fortalecer el primer nivel de atención implementando redes de atención primaria que permitirían la atención oportuna y de calidad a las personas en estos grupos de edad, y también poder atender problemas de salud incluyendo las condiciones de enfermedades crónicas que mencioné anteriormente.

Y, finalmente, para absorber los aumentos en los gastos de salud durante los próximos 30 años, el PIB de México debería crecer al menos a la misma tasa que están creciendo los gastos de salud actuales porque en este momento el PIB está creciendo a una tasa mayor que la de los gastos de salud y este debería estar aumentando simultáneamente, lo que no está sucediendo actualmente, ya que los gastos en salud son más bajos que el promedio en América Latina. Esas son básicamente

algunas de las sugerencias que se nos ocurrieron en función de los resultados de nuestro estudio.

Minuto 01:01:39

Marcella Distrutti (Traducción):

Muchas gracias, Yvonne, el aspecto que planteaste sobre la atención primaria es definitivamente una agenda que es muy importante para toda la región, gracias. Permítanme avanzar ahora con Carla, Carla, gracias por acompañarnos. La pregunta aquí es: ¿Por qué crees que el exceso de inflación médica es el factor individual más importante para determinar el crecimiento del gasto en salud en Brasil? ¿Tienes alguna hipótesis de por qué este es el componente más relevante?

Minuto 01:02:20

Carla Jorge Machado (Traducción):

Bueno, gracias por la pregunta. De hecho, en algunas hipótesis, en términos de inflación médica, Brasil ocupa el cuarto lugar en el mundo solo detrás de Costa de Marfil, Uganda y Malasia. Un gran problema que tenemos es cómo se reembolsa a los hospitales, clínicas privadas y seguros de salud; se paga a los prestadores de servicios por procedimiento, no por paciente, lo que incentiva los procedimientos más allá de lo necesario y deja margen para aumentar las cuotas mensuales de los pacientes.

Otra cosa es que los pacientes tienden a recibir solicitudes, solicitudes de exámenes de médicos diferentes, para una serie de exámenes que pudieron haberse hecho o ya se hicieron.

Lo más difícil de controlar en realidad, especialmente en una población que envejece como Brasil, es el tema tecnológico. Los nuevos equipos en el campo médico casi nunca reemplazan las tecnologías anteriores, por lo que, por ejemplo, nuestro escáner TC no sustituye a una máquina de rayos X, ambos son necesarios, por lo que requiere inversiones altas y constantes, y un precio alto en dólares exacerba aún más este costo. Además, a eso se suma el hecho de que la mayoría de estos nuevos equipos son importados y tienen impuestos altos. La inflación médica creo que también refleja el alto costo del sector público en la compra de equipos y suministros.

Finalmente, creo que vale la pena mencionar que las regulaciones del gobierno de Brasil mantuvieron los precios solo para medicamentos incluidos en los seguros de salud vendidos directamente a individuos, pero no a en los planes grupales de empleadores, lo que contribuye a altas ganancias que aumentan la inflación médica; por ejemplo, las clínicas de oncología y oftalmología son de atención prioritaria y algunas experimentarán de inflación médica. Esto es lo que he hipotetizado por ahora. Gracias.

Minuto 01:04:54

Marcella Distrutti: Thank you so much, Carla, thank you. Vamos a seguir ahora con Andrea.

Andrea, gracias por acompañarnos hoy. Uno de los principales impulsores del gasto en salud en Costa Rica es el envejecimiento de la población ¿Qué iniciativas está implementando Costa Rica para contener el crecimiento del gasto en salud relacionado con el envejecimiento?

Minuto 01:05:20

Andrea Prado: Muchas gracias, Marcella. La pregunta me parece que es relevante no solo para Costa Rica sino para toda la región. Ya vimos que tenemos una población que está envejeciendo rápidamente y, bueno, en Costa Rica estamos haciendo cosas, hay mucho más por hacer, pero, por ejemplo, tenemos una Ley Integral para el Adulto Mayor y con esa ley lo que se busca es garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna. Una de las cosas que queda clara dentro de esa ley es que queremos mantener a los adultos mayores en el núcleo familiar y comunitario, entonces haciendo esfuerzos justamente para capacitar a los cuidadores en las familias e integrar a la comunidad para que nos ayude a cuidar a los adultos mayores.

En el país existe un Consejo Nacional para el Adulto Mayor que es el ente rector que supervisa las iniciativas e implementa iniciativas a nivel nacional para los adultos mayores y aquí la idea es cómo hacemos para, uno, atacar los determinantes de la salud de los adultos mayores y, dos, para que tengan un envejecimiento saludable. Esto es prevención, básicamente.

Entonces el CONAPAM que es este Consejo, tiene tres programas estrella. Uno de ellos es una Red de Apoyo Comunitario la cual es una red de cuidado donde diferentes actores de la comunidad y un representante de, respectivamente, seguridad social, policía, municipalidad y asociación comunitaria, forman un comité que cuida o canaliza recursos a los adultos mayores que tienen necesidad que tal vez están en la casa y necesitan recursos económicos para comprar desde comida hasta pagar el alquiler o la electricidad, etcétera, es decir, solventarles sus necesidades.

Hay otra iniciativa que son los Centros Diurnos y de estos hay 73 en el país y es un lugar en donde los familiares pueden dejar a los adultos mayores durante el día para que hagan ejercicio, compartan con otras personas mayores. En esos espacios se puede capacitar a los cuidadores, organizar visitas y esto es muy importante porque lo que hace es mantener a los adultos mayores mental y físicamente saludables. Esto es lo que se busca y lo importante también es que, al final del día, el adulto regresa a su casa y está acompañado de su familia. Es muy importante realizar estas iniciativas con las municipalidades o con otros actores de la comunidad. Ahí tenemos que trabajar un poquito más porque solamente 11, por ejemplo, de esos centros están en alianza con las municipalidades.

Por último, hay unos Centros de Larga Estancia donde ahí sí, dependiendo de las condiciones del adulto mayor, se quedan viviendo los señores o las señoras y hay 63 de esos en el país.

A mí me parece que hay varias cosas que tenemos que resaltar, una es tiene que hacerse un abordaje

integral, no es solamente curar la enfermedad sino también mucha prevención. Son esfuerzos intersectoriales, necesitamos involucrar al sector público, privado, a las comunidades, hay muchas organizaciones de la sociedad civil involucradas en esto; y también necesitamos fortalecer, que ahí creo que hay mucho espacio para crecer en esa línea, el uso de la tecnología para monitorear o darles seguimiento a los adultos mayores en las casas. Entonces, eso es parte de lo que estamos haciendo, pero realmente queda mucho más por hacer.

Minuto 01:09:34

Marcella Distrutti: Muchas gracias, Andrea. Creo que este es un tema súper relevante para toda la región. Entonces, gracias por mencionar el ejemplo de Costa Rica y darnos todas estas recomendaciones que también podrían ser muy útiles para otros países.

Para finalizar esta primera ronda de preguntas, vamos a concluir con Paulina. Paulina, dado que es probable que el gasto en salud crezca de manera acelerada más rápido que el PIB ¿Cuáles son algunas de las decisiones de política con efectos potencialmente rápidos, lo que llamamos en inglés como “low-hanging fruits”, que podrían tomarse en el futuro próximo en el Perú para manejar la brecha de recursos?

Minuto 01:10:22

Paulina Giusti: Bueno, muchas gracias, Marcella. Realmente yo creo que las medidas de política maduras, como dices, no van a tener efectos tan rápidos como pensamos, deberíamos definir “rápido”, pero, en fin, yo creo que deberían tenerse en cuenta algunas particularidades. Acá en Perú, nuestro punto de partida para esta proyección tiene una brecha de financiamiento. Nuestro gasto en salud sea per cápita o como porcentaje del PBI está bastante por debajo del promedio latinoamericano y eso es un punto importante para tener en cuenta. El otro tema es que, según encuestas nacionales de salud recientes, tenemos una población de hipertensos que la mitad no sabe que es hipertenso y, de los que saben, un tercio no recibe tratamiento. Igual con los diabéticos, los diabéticos que conocen su diagnóstico, una cuarta parte no se trata. Además de eso tenemos un porcentaje muy grande de obesidad, 20% de nuestra población mayor de 15 años es obesa y un casi 40% adicional tiene sobrepeso, lo que nos indica que vamos a tener más problemas crónicos.

En este escenario tenemos un sistema prestador cuya atención primaria tiene poca capacidad resolutoria por lo que nuestros hospitales están saturados de problemas que podrían atenderse en el nivel primario a menor costo y tenemos una demanda desatendida. Entonces cuando hablamos de medidas políticas, tenemos que pensar en esta estructura y en qué debemos hacer porque por un lado decimos: "Ok, control de costos es la medida más efectiva", pero control de costos o mejora de eficiencia: "Mejoremos la eficiencia en nuestro gasto", y una de las medidas políticas, como ya se ha mencionado, es mejorar la eficiencia técnica del gasto, es establecer medidas de evaluación de

tecnologías en salud para asegurarnos que la tecnología que incorporemos, básicamente medicamentos, sea realmente costo-efectiva.

El otro gran factor de gasto es el costo del recurso humano y ahí es importante, se ha hecho el intento y ojalá que se continúe, tener una política remunerativa que promueva el desempeño y que facilite el colocar al personal de salud en donde está la necesidad sanitaria. Y ahí hay que tener en cuenta también que si hacemos estas medidas, pero no cambiamos nuestra estructura de prestación, no vamos a tener el efecto requerido. Entonces es una medida que hay que tener en cuenta también como mencionaba una ministra de salud que tuvimos, que el largo plazo para el que estamos apuntando para reducir el gasto se construye en el corto plazo: si hoy día no tomo las medidas y las decisiones para que en el largo plazo suceda A, B o Z, eso no va a pasar nunca. Entonces acá tenemos que una medida de política, como ya se ha mencionado antes algún otro, Yvonne lo ha mencionado también, es fortalecer nuestra atención primaria y ello implica armar las redes, darles capacidad resolutive para solucionar los problemas crónicos antes de que se compliquen porque el problema no es si tenemos mucha hipertensión, sino que no está controlada y es mejor que tengamos menos, pero dado que la tenemos no deberíamos permitir que se controle.

Y, por último, para implementar estas medidas, debemos tener en cuenta que tenemos que construir la relación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía que no siempre coinciden en las formas de expresarse, en los idiomas que habla cada uno. Además, un reto grande que tenemos en mi país y me imagino que en otros también, es lograr que las políticas se mantengan a lo largo de los sucesivos gobiernos y de las sucesivas gestiones ministeriales o, por lo menos, en nuestro país es un problema que enfrentamos. Eso es lo que quería comentar, muchas gracias.

Minuto 01:14:50

Marcella Distrutti: Muchas gracias, Paulina, y muchas gracias también por mencionar algunas estrategias que van más direccionadas hacia apoyar el control, por así decirlo, del aumento del gasto con tecnologías sanitarias, como mencionaste algunas muy importantes como escoger tecnologías sanitarias cada vez más costo-efectivas, en efecto (NE [01:15:12] - [01:15:13]) viene trabajando bastante. Muchas gracias, y muchas gracias de hecho a todos nuestros panelistas, sabemos que el tiempo que tenemos para llevar a cabo este debate es un poco limitado, pero les agradezco mucho.

Nosotros hemos recibido muchas preguntas de la audiencia, de hecho, es un webinar que ha contado con un número de participantes bien significativo lo que yo creo que muestra la importancia que este tema tiene para la región, para todos los países y los decision-makers, entonces voy a seleccionar algunas preguntas que nos llegaron. Agradezco, de hecho, a los panelistas y a los presentadores que ya veo que están contestando algunas de las que están llegando desde la audiencia, muchas gracias por hacerlo.

Quisiera empezar con una pregunta, de hecho, al equipo de Hopkins, un poco en continuidad a la discusión que habíamos empezado con Alafia sobre la disponibilidad de datos en países más pequeños.

Traducción:

Equipo de Hopkins, quería hacerles esta pregunta, un poco como continuación de la pequeña conversación que comenzamos con Alafia sobre las dificultades para encontrar datos y trabajar con ellos en países pequeños. Entonces, la pregunta es: ¿Qué recomendaciones les darían a los países pequeños con datos limitados sobre cómo llevar a cabo proyecciones como esta? Y estamos abiertos a que cualquiera de ustedes tres responda esta pregunta.

Minuto 01:16:42

Krishna D. Rao (Traducción):

Gracias, Marcella, puedo aprovechar la oportunidad de esta pregunta. Permítanme decir primero que hubo problemas para obtener datos en todos los países de nuestro estudio. Solo pudimos obtener información sobre algunos esquemas de financiamiento de salud dentro de cada uno de estos países porque, recuerden, estábamos tratando de obtener datos por edad y grupo de enfermedad para cada uno de los países, así que tuvimos que extrapolar los esquemas financieros de los que teníamos información al resto, a los otros esquemas financieros dentro del país, así que hicimos eso y también ajustamos nuestras estimaciones generales a las estimaciones de las cuentas nacionales que se informaron para el país.

Ahora, en cuanto al tema particular del Caribe, creo que de alguna manera estos asuntos son similares allí, particularmente, la falta de datos desglosados porque muchos de estos países cuentan con un sistema basado en impuestos para pagar la atención médica, y este tipo de información no es de tan fácil acceso, en comparación con, por ejemplo, países como Costa Rica o Perú donde, debido a que hay un sistema de seguro social, los reclamos nos permitieron obtener información por grupo de edad y enfermedad.

Creo que en muchos casos las personas tienen que hacer lo mejor que pueden, que es lo que tratamos de hacer, pero en todos los casos obtener mejores datos sería de gran ayuda, particularmente en una ubicación centralizada. Gracias, Timothy y Andrés, si quieren...

Minuto 01:18:34

Andrés Vecino:

No tengo comentarios al respecto.

Minuto 01:18:42

Alafia Samuels:

¿Podría hacer una interjección aquí, por favor?

Minuto 01:18:47

Marcella Distrutti:

Claro que sí, Alafia.

Minuto 01:18:51

Alafia Samuels (Traducción):

Una es la cuestión del acceso a los datos, otra cuestión, por supuesto, es ¿Cómo se maneja una población pequeña con tanta variabilidad y un intervalo de confianza tan amplio cuando se tienen números pequeños? No sé si alguien puede hablar de eso. Gracias.

Minuto 01:19:15

Marcella Distrutti:

que volvemos a ti, Krishna.

Minuto 01:19:19

Krishna D. Rao (Traducción):

Sí, claro, si vas a partir de una muestra de todo el país, entonces los intervalos de confianza y todo se vuelven importantes, pero no necesariamente estás haciendo eso en este caso, nosotros solo estábamos tratando de estimar para toda la población; pero entiendo que cuando tienes países pequeños puedes encontrarte con algunos de estos problemas, solo que no creo que sea un hecho muy limitante, al menos en nuestras proyecciones para esto. Gracias.

Minuto 01:19:59

Marcella Distrutti: Thank you, Krishna, and thank you, Alafia. Quisiera hacer otra pregunta que varias personas hicieron y es más direccionada a Andrés. Andrés, sobre tema de estrategias de control de costos que ustedes mencionaron, o sea, la pregunta es un poco: ¿Qué estrategias de costos ustedes consideraron?

Minuto 01:20:27

Andrés Vecino (Traducción):

Voy a explicarlo en inglés para que Krishna pueda complementar. Lo que hicimos fue tratar de evaluar el residual en la estimación; el residual incluye muchos factores diferentes, uno de ellos, por ejemplo, es el cambio tecnológico, pero se pueden encontrar otros factores que determinan el crecimiento

atribuido a la inflación y la tecnología y así es como se van reduciendo. Eso es en la parte analítica. Desde una perspectiva política, creemos que esto no implica que simplemente se reducirán los gastos en general, la idea es encontrar estratégicamente dónde están esos factores específicos que están impulsando el crecimiento, uno de ellos, por ejemplo, son las nuevas tecnologías, y tratar de apuntar a estos factores. Entonces, una opción, por ejemplo, es fortalecer las instituciones de evaluación de tecnología de la salud, las que fortalecen los planes de beneficios de salud, de una manera que realmente se puedan reducir los costos de la atención altamente avanzada, pero también se pueda fortalecer la atención primaria, por ejemplo, que generalmente es de menor costo, lo que también es una inversión para el futuro. No sé si Krishna tiene comentarios sobre esto.

Minuto 01:22:07

Krishna D. Rao (Traducción):

Gracias Andrés, creo que el factor principal que contribuyó al crecimiento del gasto en salud en la mayoría de los países de la región fue el crecimiento económico y esto es algo que se está documentando en varios estudios. Ahora, obviamente, surge la pregunta: ¿Cuáles son los aspectos en los que el crecimiento económico está causando aumentos? Y eso incluirá los precios de los bienes y servicios médicos, las nuevas tecnologías, como sugirió Andrés, la intensidad en el uso del servicio, así como las políticas que implementan los gobiernos con mayores ingresos para ampliar la cobertura, etcétera, de los servicios de salud. Entonces, estos son todos los factores que se capturan en la contribución de los componentes residual y del crecimiento económico.

Para finalizar, creo que es importante reconocer también que en países que han tenido éxito en el control de los costos o gastos de atención médica, ha habido una negociación muy directa entre el gobierno y los proveedores de atención médica sobre los precios de los productos médicos, servicios y presupuestos. Por ejemplo, Japón, Alemania, Francia son países que hacen esto de manera muy activa y creemos que a medida que los países amplían la cobertura universal (NE [01:23:47]), esto es algo muy importante para limitar el crecimiento de los gastos de salud. Gracias.

Minuto 01:23:57

Marcella Distrutti: Thank you so much, Krishna, and thank you so much, Andres. Para ir concluyendo porque infelizmente vamos llegando al fin de la sección, quería hacer una pregunta para todos los panelistas que nos acompañaron. La pregunta es: ¿Qué aplicaciones concretas ven para el uso de estas proyecciones y este modelo en su país? Entonces, hablando un poco de la importancia de este estudio para los países ¿Cuáles podrían ser algunas aplicaciones concretas?

Minuto 01:24:40

Daniel Maceira: Si, Marcella, acá Daniel. Creo que es importante considerar algo que dijo Krishna y que es clave: el gasto en salud está definido por la capacidad económica de gastar y no por las

necesidades, que es una interpretación importante que tenemos que considerar a la luz de los resultados estos; y que una estrategia de atención primaria y la prevención son condiciones necesarias, pero no suficientes para evitar una crisis de gasto y tenemos que avanzar en temas asociados con ganancias de eficiencia, esto en términos de -ya los plantearon otros colegas- (agenciación [01:25:27]) de tecnología sanitaria, mejor gestión del gasto, etcétera. En esa dirección yo creo el proyecto lo que hace es contribuir a esa discusión porque plantea que es importante no solo que la estructura del gasto se dé, sino que se planifique y para eso necesitamos información y el proyecto lo que intenta es avanzar en esa dirección, dar un mensaje tanto a tomadores y tomadoras de decisiones como investigadores e investigadoras, como incluso a organismos internacionales acerca de la necesidad de avanzar en identificar fuentes de gasto, mecanismos de pago y ganancias de eficiencia asociados con eso. Gracias.

Minuto 01:26:16

Marcella Distrutti: Muchas gracias, Daniel. Creo que unos mensajes super importantes que compartes a todos ahora llegando al final de la sesión, muchas gracias. ¿Algún otro panelista quiere mencionar algo sobre esta pregunta?

Minuto 01:26:32

Paulina Giusti: Bueno, quizás recalcar que una de las cosas importantes de este estudio es que permite poner sobre el tapete la discusión, como mencionó Daniel, este es un tema que tiene que tratarse, planificarse y mirarse hacia adelante, pero permite cifras como las que estamos viendo que, disculpando el término, descarnadamente te presentan cómo se va a suplir el gasto en los próximos años. Así las cosas, deberían permitir a los gobiernos plantear la discusión y pensar en estrategias que deberían tomarse desde ahora. Eso en más, gracias.

Minuto 01:27:12

Marcella Distrutti: Muchas gracias, Paulina.

Minuto 01:27:16

Andrea Prado: Tal vez y bueno, creo que, por último, algo importante de este estudio es que tenemos los datos del gasto desagregados por enfermedad, entonces se pueden tomar medidas o políticas públicas para enfocar o prevenir en aquellas enfermedades que vayan a representar el mayor costo o aumento en gasto y se pueden tomar decisiones desde ahora. Entonces ese nivel de desagregación de la información me parece que es muy importante para enfocar todavía más las políticas públicas.

Minuto 01:27:53

Marcella Distrutti: Muchas gracias, Andrea. Muchas gracias a todos, de hecho, yo creo que esos mensajes finales son super relevantes sobre la importancia de invertir en estudios como estos y en contar con datos de manera cada vez más continua. Para ir finalizando, entonces, voy a pasar la palabra ahora a Pablo Ibararán, quien es el jefe de la División de Protección Social y Salud del BID que nos va a dar unas palabras finales quizás resaltando un poco algunos de los puntos principales que surgieron en la discusión del día de hoy. Muchas gracias a todos, una vez más y, Pablo, adelante.

Minuto 01:28:36

Pablo Ibararán: Muchas gracias, Marcella. En primer lugar, muchas gracias a todos los presentadores y panelistas por estar con nosotros, realmente una discusión muy interesante. Sin duda, ese es el tipo de estudios que nos interesa mucho acompañar desde el Banco que generan una información, pasamos de datos a información y nos ayudan a plantear y entender un problema, ver cuáles son los determinantes y para pensar cuáles pueden ser algunas de las soluciones, algunas de las medidas de política de corto, mediano y largo plazo.

Yo quisiera mencionar, porque me pareció muy interesante la reflexión de lo que había mencionado Krishna y que resaltó Daniel al final: hasta cierto punto el gasto está definido por la capacidad que tenemos para gastar y vienen muchas presiones, el cambio demográfico que es un gran resultado de avance en la región pero que genera desafíos sin duda muy importantes. Entonces: ¿Cómo podemos pensar en ajustar ese gasto hoy que tenemos una crisis fiscal? Unos retos muy importantes en la situación postpandemia -esperemos entrar a una situación postpandemia pronto-, pero los retos que nos deja todavía el enfrentar la situación y los siguientes años van a ser muy complejos. Entonces tenemos medidas que están un poco más de corto plazo, más de largo plazo, algunas que sentimos, no es que necesariamente podamos tener más control como esas políticas para contención del gasto y ver cómo la inflación causada por el avance tecnológico se puede, de alguna manera, moderar. Y, finalmente, está también el tema de envejecimiento saludable, políticas como las que mencionaba Andrea en Costa Rica que necesitamos poco a poco invertir en estos temas para que también baje un poco la presión por ese lado.

Entonces realmente el estudio es muy importante, nosotros estamos listos para acompañar a países, este nivel de granularidad es básico, como se mencionaba, para poder tomar decisiones efectivas de política. Entonces muchísimas gracias a todas y todos por participar.

Antes de cerrar la sesión también queremos invitarlos a todos a ver el curso en línea que tenemos: "¿Qué financiar en salud y a qué precio?", está disponible en inglés y español y que justamente nos lleva, con 40 académicos de todo el mundo, a ver y entender un poco cuáles son las alternativas y creo que es muy ad hoc a los temas que estuvimos trabajando hoy.

Y, finalmente, invitarles también al próximo seminario organizado por la Red Criteria sobre el potencial de los planes de beneficios de salud en países de ingresos medios. Vamos a conocer una experiencia de fuera de la región, de Armenia, pero que también todo eso nos da nuevos elementos para tratar de buscar alternativas que podamos explorar en la región. Ese seminario será el 9 de marzo a las 11 de la mañana, hora de Washington D.C.

Muchísimas gracias a todos y todas y que tengan un excelente día. Hasta luego.



CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority
Setting and Health Benefits Plans



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