

TRANSCRIPCIÓN:

**Mejorando la eficiencia hospitalaria:
mitigando los efectos de austeridad
de la pandemia mejorando la
eficiencia en el gasto en salud**

Presentado por Jerry La Forgia

**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.



Mejorando la eficiencia hospitalaria: mitigando los efectos de austeridad de la pandemia mejorando la eficiencia en el gasto en salud

Diciembre 2021

Presentado por Jerry La Forgia

ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

PRESENTACIÓN



aceso global

**Improving Hospital Efficiency:
Mitigating the Austerity Effects
of the Pandemic by Improving
Efficiency in Health Spending**

Dr. Jerry La Forgia, CTO, Aceso Global

Workshop: Social Protection and Health Division at the
Inter-American Development Bank

December 2, 2021

Mejorando la eficiencia hospitalaria: mitigando los efectos de austeridad de la pandemia mejorando la eficiencia en el gasto en salud

Hola todos. Haré mi presentación en inglés. Me disculpo por ello, pero tengo tiempo limitado. Hola a todos mis amigos y colegas en el BID y en la región. Lo primero que pueden notar es que el término de “low-hanging fruits” se eliminó del título de mi presentación. Creo que este es un movimiento brillante por parte de los organizadores. Ciertamente, mejorar la eficiencia de los hospitales es un gran y jugoso pedazo de fruta, pero no necesariamente al alcance de la mano. Es fácil decir que se debe mejorar la eficiencia, es un poco más difícil hacerlo.

Summary

- Introduction
 - What is efficiency?
 - Why hospitals?
- Summary of Inefficiencies observed in hospitals in LAC
- What matters for improving hospital efficiency

Resumen

Tengo muchas diapositivas, no sé si podré pasar por todas, pero voy a hablar un poco sobre ¿Qué es la eficiencia? y ¿Por qué los hospitales? Luego resumiré algunas de las ineficiencias observadas en los hospitales de ALC. Luego, dedicaré más tiempo a lo que importa para mejorar la eficiencia del hospital en función del conocimiento disponible.

What is efficiency?

- **Technical efficiency:** Outputs cannot be produced with less of some input
 - Indicator: Excessive length of stay; readmissions;
 - Drivers: wrong staff mix; unmaintained equipment; expired drugs; surgery cancellations
- **Productive efficiency:** Outputs cannot be produced at lower cost
 - Indicator: high costs; budgetary overruns
 - Drivers: Use of high cost inputs (PET scan vs standard imaging); wrong staff mix; wrong scale and scope

Source: AcademyHealth, 2006

 aceso global © Aceso Global. All rights reserved.

2

¿Qué es la eficiencia?

Hay dos términos principales que son usados: la eficiencia técnica y la eficiencia productiva, y estos a veces se usan indistintamente, pero la eficiencia es un término relativo. Se define de manera diferente según con quién se está hablando: compradores, aseguradores, consumidores, proveedores. Todos tienen una perspectiva diferente sobre lo que constituye un costo apropiado, por así decirlo. No existe una definición de la verdadera eficiencia por lo que, en cierto sentido, es relativa. A menudo se desea usar la eficiencia para comparar hospitales, especialmente en términos de lo que hacen y su volumen dado un cierto nivel de insumos. En la diapositiva aquí, solo les di algunos indicadores de ineficiencias y también algunos de los impulsores.

Voy a agregar otro impulsor de la ineficiencia productiva, el último tipo de la diapositiva: el tiempo de inactividad es otro indicador de ineficiencia.

Why hospitals?

- Represent 40-70% of government health spending
- Face of the health care system
- Place of formation of nearly healthcare workers
- Source of health leadership
- Reason for rise and fall of health ministers
- Missing in action in global health policy agenda



"A hospital bed is a parked taxi with the meter running"

- Groucho Marx

¿Por qué los hospitales?

Entonces, ¿por qué hospitales? A nivel mundial representan del 40% al 70% del gasto público en salud. Son la cara del sistema de salud. Los ministros van y vienen dependiendo de lo que pasa en los hospitales. Casi todos los trabajadores de la salud se forman allí. Una de mis molestias es que, por lo general, [los hospitales] no han sido visibles en la formulación de políticas de salud global durante, al menos, la última década, aunque lo son en términos de políticas de salud gubernamentales. Creo que esta cita de Groucho Marx: "Una cama de hospital es un taxi estacionado con el medidor en marcha" es la forma en que muchos ministros de salud piensan sobre los hospitales. Entonces, pensé en agregarla aquí.

Inefficiencies observed in LAC hospitals

- **Inefficiencies observed in public hospitals (under direct administration)**
 - Line-item budgets → Absence of link between financing and performance → Low technical and productive efficiency
 - Salaried staff, mostly civil servants → no managerial autonomy + absenteeism/work shirking → low productivity
 - Centralization of input management/complex public procurement → Lack of timely supply of drugs/consumables + Unmaintained equipment
 - Weak patient flow/clinical management → Bottlenecks in patient transitions (ER-OR-ICU-wards) and in referrals → prolonged down time, waiting times and lengths of stay

Inefficiencies observed in LAC hospitals

- **Inefficiencies observed in private hospitals**
 - Small size → low economies of scale
 - Underutilization → underused capacity
 - Fee-for-Service → volume-driven → unnecessary care
- **Inefficiencies observed in both public and private hospitals**
 - Preventable hospitalizations
 - Lack of continuous care and post-discharge care → readmissions
 - Weak information environment – data rarely collected or used to identify and address inefficiencies
 - Quality lapses: lack of standardization in care practices

Ineficiencias observadas en los hospitales de ALC

Voy a resumir rápidamente algunas de las ineficiencias observadas en los hospitales. Tenía un montón de diapositivas con algunos ejemplos, pero las saqué todas pensando en el tiempo. Debo comenzar diciendo que hay una gran variación en cada país en términos de ineficiencias, ya sea en hospitales públicos o privados. Hay algunos hospitales que son hospitales de clase mundial, en términos de

calidad y eficiencia, y hay otros que francamente la palabra para describir sus ineficiencias y calidad sería: “deshabilitados”. Usaré las palabras eficiencia y calidad juntas porque para obtener calidad se necesita algo de eficiencia porque así es como se estandarizan las prácticas, y una mayor estandarización de las prácticas clínicas brinda servicios eficientes y de mayor calidad.

Entonces, si miramos al sector público, tenemos algunos impulsores y se han observado algunas ineficiencias. Tenemos presupuestos por partidas que son muy buenos para vincular las finanzas con el desempeño. Si se tiene personal asalariado del que acabo de hablar, hay algunos temas difíciles que Amanda también mencionó. No hay autonomía de gestión, esto se traduce en ausentismo, reducción del trabajo, baja productividad. Hay una centralización de la gestión de insumos, generalmente muy compleja y que genera problemas de abastecimiento, equipos sin mantenimiento. Y luego están los temas de flujo de ocupación y gestión clínica, cuellos de botella dentro de los hospitales entre urgencias, quirófano, UCI- terapia intensiva, los servicios, y también entre hospitales y la red de derivación donde habrá atención primaria, atención especializada, cualquier tipo de atención ambulatoria, lo que conduce a un tiempo de inactividad prolongado, tiempo de espera y duración de la estadía.

Ahora, en el sector privado hay otro conjunto de problemas, y muchos países tienen muchos hospitales privados que son de pequeña escala donde no se logra asegurar economías de escala. Tiene capacidad infrautilizada en muchas instalaciones y, como ya mencioné, el pago-por-servicio es el modo de pago dominante. Esto hace que el volumen sea atractivo y puede generar atención innecesaria con un mayor gasto de bolsillo para las personas.

Y pensé que sería importante quizás hablar sobre algunas ineficiencias observadas en los hospitales tanto públicos como privados. Está el tema de la hospitalización prevenible, creo que Rodrigo presentó una buena diapositiva sobre esto antes. Hay una falta de atención continua y atención posterior al alta, y esto se relaciona con la red de referencia y si es que los hospitales pueden trabajar en red. Esto conduce a readmisiones, generalmente ha habido un entorno de información débil para los hospitales, los datos rara vez se recopilan o se utilizan para identificar y abordar las ineficiencias dentro de los hospitales. Y luego están las fallas de calidad y lo que ya mencioné, la falta de estandarización en las prácticas de atención.

What matters for improving hospital efficiency (and quality) - no magic bullet



Lo que importa para mejorar la eficiencia (y la calidad) del hospital: no hay una varita mágica

[01:44:54] Jerry La Forgia: So, what matters? What do we know about how to improve hospital. Entonces, ¿Qué es lo que importa? ¿Qué sabemos de cómo mejorar la eficiencia hospitalaria -y yo siempre digo- "y calidad"? En primer lugar, no existe un remedio mágico. Si el objetivo de la política es mejorar la eficiencia, he reunido 5 áreas de política que pueden llamarse "palancas políticas" para mejorar la eficiencia hospitalaria que se basan en la experiencia de los países de ingresos altos y medios. Probablemente se necesiten todas, pero no significa necesariamente que se tenga que hacer todo a la vez, en el mejor de los casos se requiere tener una visión y un plan maestro para mejorar la eficiencia hospitalaria.

En primer lugar, el sistema de pago. La forma de pago es importante. En general, esto es parte de las reformas de compras estratégica que muchos países de LAC, al menos, y alrededor del mundo están en proceso de formación. Algunos pagos deben estar vinculados al rendimiento. Recuerden, no todos los pagos, pero si algunos.

Los arreglos de gobernanza son importantes también en términos de que el sector público tenga autonomía con responsabilidad por el desempeño, esto es clave. Diría que para cualquier hospital es

clave tener responsabilidad por el desempeño, especialmente desde la perspectiva del pagador, ya sea que haya seguro social o seguro privado. La disponibilidad y el uso de datos y un aumento en la digitalización son, creo, parte de tener una buena gobernanza.

Luego, el manejo, tanto en términos clínicos como no clínicos. Creo que la gestión gerencial ha sido un área que generalmente la gente mira en términos de capacitación, pero no realmente en términos de qué tipo de gestión se necesita para administrar un hospital.

El modelo de atención particularmente en cuanto a cuál es el ámbito adecuado para la atención, ¿es este el hospital? Y si no es el hospital, ¿cuál es la relación entre el hospital y otros entornos de atención?

Y finalmente, lo que generalmente falta hacer, es el enfoque de inversión en el que, por lo general, las inversiones en hospitales se consideran separadas de las operaciones reales del hospital. Y creo que esto es algo que es importante tener en cuenta. Entonces, estas son las cinco áreas, y revisaré algunos ejemplos rápidamente.

Incentives Matter: Emerging payment systems for hospitals

- **Per Episode (Case-Mix Adjusted)**
 - DRGs: Fixed Payment/Inpatient Stay by diagnostic group: Chile (and most OECD countries)
 - Brazil – “AIH” case-based system
 - DRGs Used for measurement or budgetary purpose: Colombia, Mexico (IMSS), Argentina.
- **Global Budgets for Hospitals**
 - “1-Line” Fixed Payment for Specified Services (usually in a contract)
 - How Established Critical: inputs vs. outputs; case mix-adjuster helps
 - Part of payment may be linked to performance
 - Blended with DRGs in many OECD countries
 - Brazil: Autonomous public hospitals (OSSs); UK, Germany, France, Canada, Australia, Thailand

Los incentivos importan: sistemas de pago emergentes para hospitales

Los incentivos importan. Ha habido una tendencia en los países de ingresos medios y altos a avanzar hacia pagos ajustados por casuística. Estos son los GRD, Grupos Relacionados por Diagnóstico, y se han implementado en Chile y otros países los están utilizando como Colombia, México y Argentina. Esto en términos de medición y propósitos presupuestarios, pero no necesariamente en [la relación] pagador/proveedor. Brasil ha tenido también durante muchos años el sistema basado en casos AIH, que no es el sistema GRD.

La idea es que... Hay también un presupuesto global para hospitales. Hay un pago fijo de "primera línea" para servicios específicos, y parte del pago suele estar vinculado al desempeño. En algunos países de la OCDE estos son combinado con GRD. Esto lo han intentado al menos en Brasil en el modelo de Organización Social de la Salud, pero también en varios otros países.

Es importante notar que los datos globales muestran que este sistema de pago ha resultado en estadías hospitalarias más cortas, mejor uso de recursos, servicios mixtos más efectivos, también brindan mejores datos sobre lo que sucede en el hospital y, en algunos casos, han resultado, especialmente en algunos de los países de la antigua Unión Soviética, en cerrar camas de hospital,

departamentos e instalaciones. No entraré mucho en la definición de lo que es el GRD, tal vez podamos hacer eso en la discusión.

Governance/accountability Matters: Comparison of Selected Efficiency Indicators: Public Hospitals under OSS/PPP and Direct Administration, Sao Paulo, Brazil (2016)

Indicator	OSS N=29	Direct Administration N=18
Avg. length of stay (days)	5.64	7.07
% occupation	85	82
Personnel/bed (no.)	5.95	8.41
Cost/discharge (\$R)	8,936	12,020
Cost/patient day (\$R)	1,583	1,701
Annual cost/occupied bed (\$R)	491,687	509,694
Data Envelope Analysis (DEA) score	.52	.39
AIH Avg. Payment (R\$)	1,035.9	872.1

Source: Bittar and Mendes, 2017

Cuestiones de gobernanza/rendición de cuentas

[La gobernanza también importa. Muchos países, como Brasil, han establecido arreglos organizacionales de gobernanza alternativa para operar hospitales públicos. Generalmente, a través de un modelo de APP, pero no siempre a través de un modelo de APP (APP me refiero a la Asociación Público-Privada).

El estado de Sao Paulo creó las Organizaciones Sociales de la Salud, OSS, a mediados de los años 90 y se están extendiendo lentamente en Sao Paulo, el estado de Sao Paulo, pero también se han trasladado a otros estados. Se trata de hospitales públicos administrados por, al menos en el caso de Brasil, organizaciones privadas sin fines de lucro y con todo el personal contratado por la organización, lo que permite mucha flexibilidad en términos de recursos humanos.

Se han realizado tres evaluaciones y esta es de 2017. Los datos en la diapositiva muestran que estos hospitales son más eficientes y la penúltima fila habla sobre ese análisis rápido, que abarca solo un modelo de entrada/salida para comparar su crecimiento real de eficiencia, y este les da una puntuación significativamente más alta a estos hospitales. También debo mencionar que, en la última fila, el pago promedio de AIH es más alto, lo que básicamente significa que estos hospitales están atendiendo

casos más intensos o graves que los hospitales que no son OSS. Esta es solo una evaluación, hay otros dos que muestran el mismo tipo de resultados.

Management Matters: World Management Survey: **Hospital Management Practice Domains**

1. Standardizing Care and Operations

- Hospital layout and patient flow
- Patient pathway management
- Standardization and clinical protocols
- Good use of human resources

2. Performance monitoring

- Continuous improvement
- Performance tracking
- Performance review
- Performance dialogue
- Consequence management

3. Target Management

- Target balance
- Target interaction
- Clarity and comparability of targets
- Time horizon of targets
- Target stretch

4. Talent Management

- Rewarding high performers
- Removing poor performers
- Promoting high performers
- Managing talent
- Retaining talent
- Attracting talent

Source: Bloom and Van Reenen, 2007

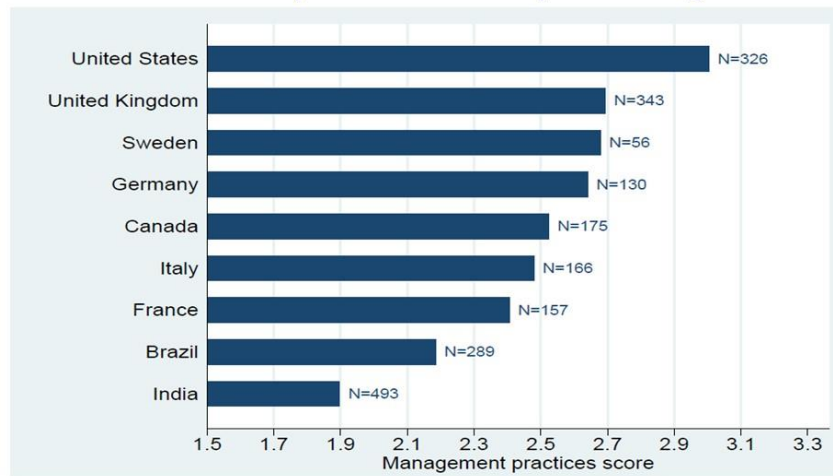
 **aceso global** © Aceso Global. All rights reserved.

9

Asuntos de gestión

La gestión también importa. Aquí voy a pasar a la Encuesta Mundial de Gestión en la que hay una metodología creada por un grupo de profesores de Stanford y desarrollada originalmente mirando la organización gerencial en la práctica de la fabricación, pero que puede aplicarse en hospitales de varios países. Esta consiste en preguntas sobre 20 prácticas de gestión y es una especie de metodología “doble-ciego” que ha sido validada. Estas son las 4 categorías de gestión; aquí se pueden ver los diferentes subgrupos y se proporciona una puntuación cuantitativa para la gestión. Estas prácticas de gestión se han encontrado, y les mostraré más adelante, asociadas con una mejor calidad y eficiencia.

World Management Survey: Cross country variation in hospital management



Source: Bloom and Van Reenen, 2007

Encuesta Mundial de Gestión: variación entre países en la gestión hospitalaria

Estos son los puntajes de los países que formaron parte de la encuesta, y crearon el conjunto de datos de 9 países en 2000 hospitales muestreados. Aquí se observa que los dos países de ingresos medios, Brasil e India, se encuentran en el extremo inferior. Una vez más, existe una gran variación entre las muestras dentro del país, pero da una idea de la necesidad de mejorar la gestión en los hospitales de los países en desarrollo.

Management matters: Good management is strongly correlated with better clinical and financial performance (World Management Survey)

A one point increase in management practice is associated with:

UK Hospitals

- 6.5% reduction in risk adjusted 30 days AML mortality rates
- 33% increase in income per bed
- 20% increase in the probability that the hospital is above average in terms of patients satisfaction

US Hospitals

- 7% reduction in risk adjusted 30 days AML mortality rates¹
- 0.8 increase in the percentage of people that would recommend the hospital

Source: Bloom and Van Reenen, 2007

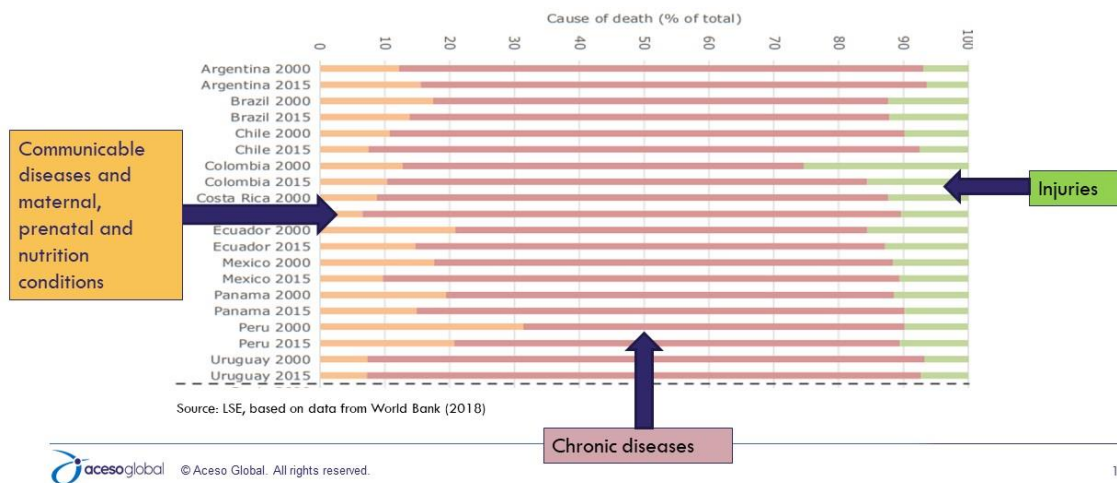
 acesa global © Aceso Global. All rights reserved.

16

La gestión es importante: la buena gestión está estrechamente relacionada con un mejor rendimiento clínico y financiero

La pregunta aquí es, ¿y qué con esto? Entonces hay una mejor gestión, pero descubrieron que una buena gestión está estrechamente relacionada con un mejor rendimiento clínico y financiero. Como se puede observar, un aumento de un punto en la práctica gerencial en el Reino Unido se asoció con una reducción en las tasas de mortalidad, mejores ingresos por cama y un aumento en la probabilidad de que el hospital esté por encima del promedio en términos de satisfacción de los pacientes, etc. La gestión sí importa.

Care models matter: Disease burden – thinking beyond the hospital

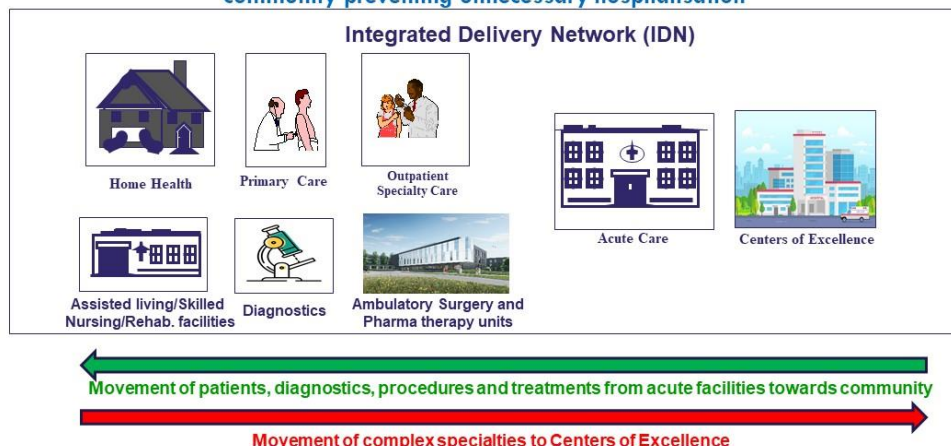


Los modelos de atención importan: carga de enfermedad – pensar más allá del hospital

Los modelos de atención también importan. En el caso de América Latina, y esto fue mencionado por otros panelistas, las enfermedades crónicas son el tsunami de la carga de enfermedades, y esta tendencia continuará. Se puede pensar en el impacto de COVID, no voy a entrar en eso, esa sería otra discusión sobre la carga de la enfermedad, pero estos son los datos que resultan de la región y arrojan que las enfermedades transmisibles están disminuyendo, las enfermedades crónicas son la mayor la carga de la enfermedad en América Latina.

Continuum of Care Efforts → Coordinated care

Key issue is the movement of chronic disease management to the community preventing unnecessary hospitalisation



Esfuerzos continuos de atención -> Atención coordinada

Dado el caso de las enfermedades crónicas, se reconoce cada vez más que los hospitales son solo un episodio de una larga continuidad en la atención y puede que no sean la más importante. Las experiencias globales muestran que hay un movimiento de pacientes que se alejan de los hospitales excepto en condiciones súper complejas, donde este tratamiento se concentra cada vez más en Centros de Excelencia, pero estamos viendo este movimiento que se aleja de los hospitales hacia unidades de salud domiciliaria, atención asistida, atención primaria, especialidad ambulatoria, diagnóstico y cirugía ambulatorios y unidades de farmacoterapia.

Esto trae la pregunta de qué tipo de hospital funcionaría dentro de dicha red, y qué significa eso, por lo que hablaré un poco sobre las inversiones en hospitales y cuál es la forma y el tamaño de estos hospitales.

También debo mencionar que uno de los aspectos positivos del COVID ha sido el uso de dispositivos de telemedicina y monitoreo remoto que han facilitado este movimiento hasta cierto punto, o facilitarán este movimiento al pensar en una red y cómo el hospital se conecta a instalaciones que están en la comunidad o más cerca de las personas.

Investment approach matters: The historical arguments for hospitals – still valid?

- Hospitals arose because of the need to concentrate:
 - Laboratories
 - Imaging
 - Anaesthesia
 - Surgical interventions
 - Intense pharma therapies
- All five can now be provided off site!!!!
 - Is the hospital becoming obsolete?



Source: Rachel, 2011

 aceso global © Aceso Global. All rights reserved.

19

El enfoque de inversión es importante

[Tenemos que empezar a preguntarnos cuál es el papel de un hospital. Los hospitales se crearon pensando en los laboratorios, imágenes, intervenciones quirúrgicas, pero todo eso ahora se brinda afuera, todo eso se brinda en otros contextos.

Traditional and modern approaches to hospital investment planning

	Traditional hospital planning	Modern approaches
Size	Build as large as possible	Build smaller but allow for economies of scale and for future expansion or change in design (adaptable design)
Capacity measure	Beds per population	Integrated care pathways/patient flows
Flexibility	Knock down and build new	Ensure maximum flexibility (adaptable design)
Costs	Consider building costs	Consider life-cycle costs (long-term sustainability)
Site use	Allow for only one use	Allow for different uses and change in function (adaptable design)
PPPs	Consider only infrastructure	Consider infrastructure and operations (clinical and non-clinical)
Health system	Consider only the hospital	Consider the whole health system
Design	Focus on specialties and departments	Focus on needs of patients, changing technologies

Enfoques tradicionales y modernos para la planificación de inversiones hospitalarias

Estoy llegando al final de la presentación. La planificación hospitalaria tradicional versus el enfoque moderno y quiero enfatizar un par de cosas aquí. Los diseños adaptados son lo que estamos viendo ahora en los hospitales y pueden construirse de forma modular, haciéndose un poco más adaptables a las tecnologías y patrones de tratamiento cambiantes para que puedan desarmarse y reconstruirse rápidamente para responder a diferentes tipos de condiciones.

Brazil: Suggested Policies to Improve Efficiency with Estimated Savings

Policies	Savings (R\$ bi)	Savings (% PIB)
Raise productivity of HRH	2.9 – 5.6	0.09%
Expand primary care	0.2	0.03%
Introduce integrated care model, with focus on coordinating care between hospitals and primary care	7.65	0.12%
Improve hospital performance	3.0	0.05%
Total	34.85 – 37.55	0.6%

Source: Araujo, World Bank, 2019

Brasil: Políticas sugeridas para mejorar la eficiencia con ahorros estimados

Y finalmente, este es un estudio realizado recientemente sobre los ahorros en Brasil y demuestra que, si se introduce un modelo integrado, se mejora el desempeño del hospital. Solo enfatizaría en que algunos de estos toman tiempo ya que tratan de contener costos y no necesariamente de liberar recursos, pero aportan a mejorar la calidad y la eficiencia dentro del sistema.



Thank you!

jlaforgia@acesoglobal.org

Gracias.



CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority
Setting and Health Benefits Plans



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