

TRANSCRIPCIÓN:

Lecciones desde la práctica. Panel con formuladores de política pública y expertos de América Latina y el Caribe

Moderado por Marcella Distrutti

Panelistas: Leonardo Arregocés, Yesenia Díaz, Valentín Díaz, Vanessa Teich

**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.



Lecciones desde la práctica. Panel con formuladores de política pública y expertos de América Latina y el Caribe

Diciembre 2021

Moderado por Marcella Distrutti

**Panelistas: Leonardo Arregocés, Yesenia Díaz, Valentín Díaz,
Vanessa Teich**

ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

PANEL FORMULADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Marcella Distrutti

Me gustaría presentar a los panelistas que nos acompañan en esta sección. Primero, Leonardo Arregocés, director de Medicamentos y Tecnologías de la Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. También Valentín Díaz García, director de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, la CENABAST de Chile. También Vanessa Teich, superintendente de Economía de la Salud del Hospital Albert Einstein en Brasil. Y, por último, Yesenia Díaz, directora de Aseguramiento en Salud del Régimen Contributivo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, SISALRIL, de la República Dominicana.

Entonces, sin más, vamos a iniciar la conversación. Voy a empezar con una pregunta que, de hecho, voy a hacer a los cuatro panelistas. Empecemos, Leonardo con usted. Leonardo, desde su área de expertise y su experiencia en Colombia

PREGUNTA ¿Cuáles son algunas de las estrategias que se han implementado con éxito para mejorar la eficiencia del gasto en salud en el mercado de medicamentos y cuáles son algunos de los resultados logrados para estas políticas?

Leonardo Arregocés:

Hola Marcela, gracias por la invitación. Lo que ha hecho este Ministerio para lograr eso viene de tiempo atrás, muy relacionado con la definición de un Plan de Beneficios y la implementación; y una de las cosas que tenemos es que la penetración de genéricos en Colombia es bastante grande, específicamente dentro de los medicamentos que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud y lo que va con cargos de beneficios, tiene una muy muy alta penetración de genéricos; tanto que lo que estamos viendo ahora es que aun así se comercializa una cantidad importante de medicamentos de marca dentro del plan de beneficios, pero tienen unos precios muy similares a los genéricos.

Yo creo que esto sugiere que esa penetración de genéricos ha sido tan grande que ha obligado a que los originales se bajen de precio para poder tener algún chance. Lo que hemos visto es que algunas de estas empresas lo que han hecho es el licenciamiento de sus productos para ser producidos en el país y eso ha logrado mejores precios y nosotros si vemos ejemplos de medicamentos de marca que tienen precios muy similares a los medicamentos genéricos que hay.

También para ello, una de las cosas que se ha hecho desde hace 9 años, es la implementación de la regulación del control directo de precios de medicamentos en el mercado. Se implementó un sistema que es el mismo que vemos en otros países de referenciación internacional de precios, específicamente en los medicamentos que se encuentran concentrados, o sea, básicamente está enfocado en

medicamentos en mercados donde fallan porque están concentrados porque el número de oferentes o es bastante reducido o hay una concentración muy alta del mercado donde hay uno o dos productores que concentran gran parte del mercado.

Ahí es donde se hace una intervención y lo que se definió fue un mecanismo igual que funciona en otras partes, donde se referencian los precios de 17 países que tienen alguna similaridad sobre Colombia, se establece un precio de referencia internacional con base al percentil 25 de esa lista de precios, y cualquier medicamento que este por encima de ese precio de referencia, se le fija el precio en ese precio de referencia internacional.

Los medicamentos que tengan ese mismo principio activo, que tengan esa misma farmacéutica y que estén por debajo del precio de referencia internacional, no se regulan, pero se ponen en vigilancia buscando que no haya ese efecto techo de que una vez tú fijas un precio para un medicamento, los demás se suben hacia allá. Entonces también se está vigilando.

Esos han sido los dos aspectos importantes que se han hecho a grandes rasgos. Se han hecho muchas cosas, pero pueden ser estos, en resumen. Y otra de las cosas que estamos trabajando en este momento es la definición de una puerta de entrada a los medicamentos donde, de forma paralela - esto ya apareció en la ley hace algunos años pero no ha sido implementado del todo-, la idea es que los medicamentos que lleguen al país que sean nuevos o algunos medicamentos específicos que vayan a renovar su registro sanitario, lo que buscamos es que tengan una evaluación en paralelo por parte del INVIMA -la Agencia Regulatoria- para otorgarles una licencia, un registro sanitario; pero, al mismo tiempo, se haga una evaluación de tecnologías para, con base en esa evaluación de tecnologías y el valor que aporten estos, se pueda fijar un precio basado en el valor que aporte. Eso está pendiente de acabar de reglamentar, nosotros esperamos que para el otro año ya tengamos esto andando.

Otra de las cosas que estamos trabajando son los acuerdos de acceso administrado, lo que aparece en la literatura como managed entry agreements (acuerdos administrados para la entrada al mercado) donde lo que estamos buscando es hacer acuerdos muy tempranos o empezar las negociaciones muy temprano de tecnologías que, hacia futuro, muestran un gran valor o también tecnologías que ya surtieron todo su proceso de investigación, que puede que ya tengan una licencia en otro país pero que en el país no han sido registradas y que pueda haber una negociación directa entre el productor y este Ministerio para organizar las condiciones de entrada como van a entrar. Sobre esto es utilizar todo esto que ya existe en otros países de managed entry agreements donde se pueden hacer acuerdos con base en desempeño o con base en recolección de nueva información o de tipo financiero o alguna mezcla, algunos híbridos; pero lo que estamos buscando con esto es que el objetivo central sea darle acceso lo más temprano posible a las tecnologías que más valor agreguen, que agreguen valor es la condición central para hacer un acuerdo administrado para lograr un precio diferencial. Así, crear acceso a tecnologías que agreguen valor lo más temprano que sea posible, pero sin que ese

acceso a esas tecnologías vaya a poner en riesgo la estabilidad financiera del sistema.

En este momento tenemos muchos medicamentos bajo control de precios, más de mil medicamentos con control de precio, y la estimación que tenemos es que la disminución promedio de todos esos medicamentos que se han sometido a control de precios, ha sido más o menos del 48% en promedio, y lo que hemos visto es que los ahorros que estimamos de haber implementado este control de precios están alrededor de los 2.5 billones de pesos o puede que un poco más.

¿Qué estamos trabajando adicionalmente para entender? Lo que estamos viendo y que se repite aquí en Colombia y en otros países, es que después del control de precios por referenciación internacional, en los periodos siguientes el consumo de esos medicamentos se aumenta y eso es algo reactivo que aparece y lo hemos visto en España y otros países que tienen referenciación internacional. Lo que nosotros vamos a empezar a mirar en el Ministerio es si este incremento en el consumo genera una mejoría en salud. Establecer esta causalidad o si este incremento en el número de unidades que se tranzan en el mercado se asocia a una mejor salud es algo difícil, pero queremos mirarlos para estar seguros de que haber rebajado los precios se traduzca en mejor acceso y mejor salud y no simplemente en un mayor consumo sin ningún beneficio en salud.

Marcella Distrutti:

Muchas gracias, Leo. No, realmente fascinante todo lo que está haciendo Colombia en esta área. Vamos a estar muy atentos para saber más después de los resultados de esta nueva política de precios basada en valor cuando ustedes la implementen.

Seguimos entonces con Yesenia Díaz. Yesenia muchas gracias por acompañarnos esta mañana.

PREGUNTA: Desde tu expertise y experiencia en la República Dominicana, la misma pregunta ¿Cuáles son algunas de las estrategias que han implementado con éxito para mejorar la eficiencia del gasto en salud?

Yesenia Díaz:

Muchísimas gracias, Marce, y un saludo para todos los panelistas y todas las personas que nos acompañan desde República Dominicana. Bueno, te comento que hemos implementado algunas estrategias importantes. En el 2016, por ejemplo, cuando tuvimos una epidemia de Zika en el país, esperábamos un incremento importante de los números de casos de síndrome de Guillain-Barré con un aumento en la utilización de las unidades de cuidado intensivo y, sobre todo, también un gasto de bolsillo importante para los afiliados.

Tan pronto tuvimos la oportunidad de realizar esta evaluación del impacto económico, iniciamos una serie de estrategias que permitieran a las administradoras de riesgos de salud autorizar los

medicamentos a través del Programa de Medicamentos de Alto Costo del Ministerio de Salud, quienes se suplían de las compras conjuntas a través de COMISCA. Esta estrategia tuvo un impacto tan importante que permitió una reducción del gasto en cerca de US\$6 millones [de dólares] para el sistema dominicano de seguridad social y aproximadamente unos US\$5 millones en términos de gasto de bolsillo. Pero de esto lo más importante no solo fue la reducción del gasto sino poder permitir la disponibilidad de los medicamentos, la oportunidad con la que estos podían llegar a los pacientes y, sobre todo también, una reducción importante en la letalidad que tuvimos para ese momento.

Ya viendo estas estrategias que nos permitieron reducir el impacto en el gasto a través de estos mecanismos facilitados por compra conjunta, pues hemos facilitado también que las administradoras de riesgos de salud puedan autorizar otros tipos de medicamentos de alto costo adquiriéndolos a través de este programa. Así que eso ha sido bastante importante para nuestro país en términos de lo que puede ser una reducción en gasto en salud y una reducción del impacto del gasto en materia de medicamentos.

Marcella Distrutti:

Muchas gracias, Yesenia, creo que este tema de la compra centralizada, como ya había sido levantado anteriormente, es super importante para que logremos aumentar la eficiencia del gasto en los países, así que gracias por compartir la experiencia.

Seguimos entonces con Valentín. Valentín, la pregunta sería la misma:

PREGUNTA: ¿Cuáles serían, desde su experiencia, algunas de las estrategias que han sido implementadas con éxito por la CENABAST? Y, hablando de compras centralizadas, pues justamente por CENABAST que hace la compra centralizada de muchos medicamentos e insumos en Chile, ¿Cuáles han sido algunas de las estrategias que han sido implementadas con éxito en los últimos años?

Valentín Díaz:

Gracias Marcella por la pregunta. Permítanme hacer una puntualización. CENABAST es un servicio público dependiente del Ministerio de Salud de Chile que hace compras centralizadas de fármacos, insumos y dispositivos médicos para toda la Red Pública de Salud. Sobre el 80% de las necesidades de toda la Red Pública -hospitales, atención primaria, se abastecen a través de CENABAST. CENABAST es el mayor comprador del Estado de Chile en todos los rubros. Este año 2021 estamos terminando con compras por sobre US\$1.5 billones en fármacos, insumos y dispositivos médicos. Considerando que somos un pequeño país de solamente 19 millones de personas, es una cantidad tremenda de compra.

En la Central hemos desarrollado una serie de estrategias para bajar el gasto público en la compra de

medicamentos, pero quisiera destacar tres casos de éxito que han beneficiado a todos los habitantes del país. El primero es que con el Ministerio de Salud definimos y adquirimos una canasta de medicamentos esenciales para la salud pública. Esta canasta es un listado completo que compra en forma centralizada CENABAST y de la cual los hospitales están obligados a abastecerse a través de nosotros por sobre el 80%. Esto está normado por una ley por lo que es fácilmente medible e implica un ordenamiento en las compras y un menor gasto en las adquisiciones que realiza cada uno de los hospitales, lo que le significa que esos recursos que dejan de gastar que son del orden de un 39% más baratos, lo pueden destinar a otras prestaciones de salud.

La segunda estrategia que hemos implementado y que nos ha dado un excelente resultado, es comprar cada día más fármacos a través de la Organización Panamericana de la Salud. Las compras internacionales. Esto ha permitido cubrir muy bien programas como el programa de VIH-SIDA y hemos tenido ahorros por sobre el 80%. Hay un fármaco que nosotros comprábamos en Chile directamente a los laboratorios que es el Abacavir Lamivudina, que muchos de ustedes conocerán, que nos costaba en promedio US\$2.5 el comprimido, y la compra a través de la OPS bajó a US\$0.04, para que vean lo exitosa que ha sido la compra a través de OPS.

Y el tercer caso de éxito es que hace aproximadamente 2 años se aprobó en Chile una ley en la cual se autoriza a que CENABAST, que es este gran comprador de fármacos para el sector público, pueda venderles estos fármacos a las farmacias privadas, pero con una particularidad muy interesante que es CENABAST quién fija el precio máximo de venta al público. Con esto, logramos que bajara el precio de los medicamentos en las farmacias, traspasando ese buen precio que compra CENABAST al consumidor final y logramos que en promedio el gasto de bolsillo de los habitantes de Chile baje, a lo menos, en un 50%.

Marcella Distrutti:

Muchísimas gracias. Valentín, fascinante realmente el rol de CENABAST y los ahorros que han logrado en los últimos años. Gracias por compartir estas tres estrategias en particular que enfatizó.

Para terminar con esta pregunta entonces ahora pasamos la palabra a Vanessa.

PREGUNTA: Vanessa, en tu experiencia en el hospital Albert Einstein en Brasil ¿Cuáles son algunas de las estrategias que han sido implementadas exitosamente para mejorar la eficiencia del gasto en salud?

Para empezar, gracias, Marcela, por la invitación. Es un placer estar aquí y gracias, Marcela, por la pregunta. Voy a compartirles algunas de las iniciativas que hemos implementado por muchos años aquí en el hospital. Uno de los focos principales en términos de ganar eficiencia fue la reducción del tiempo de estadía de los pacientes en el hospital.

Primero, el foco principal ha estado en los pacientes quirúrgicos. Por ejemplo, hemos implementado un nuevo piso de cirugía ambulatoria. Los pacientes vienen al hospital y se les practica la cirugía sin ir a una cama quirúrgica específica, tenemos un área específica del hospital en la que los pacientes pueden ser admitidos, van a la sala de cirugía, van a recuperarse de la anestesia y luego van a un área específica donde se recuperan rápidamente y luego se van a casa el mismo día. Hemos aumentado el porcentaje de pacientes que reciben cirugía a través de este flujo ambulatorio. Pero esta fue la primera iniciativa para reducir el tiempo de estadía de los pacientes quirúrgicos.

La segunda gran iniciativa que tenemos es en términos de disminuir las tasas de infección intrahospitalaria y, de hecho, todas las tasas de infección que se relacionan con la atención sanitaria. Para darles un ejemplo, en términos de tasas de infección del torrente sanguíneo asociadas al uso de catéter, hemos reducido la tasa de 1 caso por 1000 días de uso del catéter en 2014 a 0.24 casos por 1000 días de uso de catéter en 2019.

Hemos observado un aumento en los años 2020 y 2021. Hemos demostrado que está relacionado principalmente con los pacientes COVID, acabamos de terminar un análisis evidenciando el impacto de, en realidad no exactamente del COVID sino del hecho de que los pacientes COVID se quedan más tiempo en el hospital, y hemos demostrado aumentos significativos en las tasas de dichas infecciones en pacientes COVID. Pero esta reducción de las tasas de infección también tiene un impacto en el tiempo de estadía y en el costo para los contribuyentes.

Hace cerca de 10 años, hicimos un análisis que publicamos aquí en el hospital. De hecho, lo publicamos en 2013 demostrando que cada caso de infección del torrente sanguíneo asociado con el catéter aumenta la duración de la estadía de los pacientes en promedio 20 días lo que resulta en un aumento de, bueno, en ese entonces la tasa de cambio no era tan desfavorable como ahora, así que, convirtiendo los dólares a su precio actual, serían alrededor de US\$40.000 de costo adicional por hospitalización por paciente con infección del torrente sanguíneo.

Es decir, [inaudible] nuestra estancia media en el hospital, en general, era de 4,1 días y había disminuido en 2019 a 3,3 días. Esta es una de las iniciativas que hemos implementado aquí para optimizar el uso de los recursos.

Marcella Distrutti:

Muchas gracias, Vanessa. Es super impresionante lo mucho que han logrado en realidad en términos de aumentar la eficiencia y gracias por compartir esas 2 experiencias.

Habíamos previsto tener tres preguntas a cada panelista, pero vamos a reducir a dos porque realmente estamos bastante cortos de tiempo y queremos tener un espacio para la discusión. Entonces la próxima

pregunta que voy a hacer a los ponentes es mirando hacia el futuro. Entonces, empezando por Valentín, nos podrías comentar un poco

PREGUNTA: ¿Cuáles son los mayores desafíos que ves hacia el futuro en CENABAST para seguir implementando políticas que mejoren la eficiencia del gasto en salud? y ¿Cuáles son algunas recomendaciones que podías compartir con otros países de la región?

Valentín Díaz: Si. Bueno, tal como señalaba, Chile tiene esta particularidad de tener este organismo de CENABAST que compra en forma centralizada con grandes licitaciones que son públicas, abiertas, informadas y transparentes. Tenemos la impresión de que la compra desagregada que vemos en muchos países que realizan por su cuenta cada servicio de salud, cada hospital, cada región, cada provincia, cada estado, es la política menos eficiente en términos de gasto público. Es muy eficiente para los laboratorios, pero muy poco eficiente para el gasto público. Creemos que el gran desafío es potenciar cada vez más el rol de las compras públicas como generadoras de menor gasto, así lo han expresado el poder político dentro del país de asignarle cada vez mayores roles a la CENABAST en términos de ir adquiriendo mayores cuotas del mercado. Si hoy día tenemos un 80%, es alcanzar dentro de los próximos 4-5 años, el 90%.

Durante la pandemia el abastecimiento de medicamentos, insumos y elementos de protección personal, en el caso de Chile fue un caso bien de éxito dado que CENABAST partió acopiando lo necesario para la emergencia, mucho antes de que tuviéramos el primer caso en el país y este ejemplo lo doy porque es muy bueno porque no es que partieran distintos lugares comprando, sino que las compras ya estaban centralizadas como política de Estado y lo único que se hizo fue inyectarle mayor cantidad de recursos y acelerar un poco los procesos de adquisiciones.

Marcella Distrutti: Muchísimas gracias, Valentín por compartir esto, en especial esta experiencia con COVID, mostrando cómo ustedes pudieron de manera muy proactiva iniciar todo el proceso de compra antes del primer caso en el país. Gracias.

Vanessa, vamos a seguir contigo. Entonces, en el caso de Hospital Albert Einstein

PREGUNTA: ¿Cuáles son algunos de los desafíos que ves en el futuro para continuar implementando estrategias para mejorar la eficiencia del gasto en salud y cuáles son algunas recomendaciones que tendrías para los países de la región?

Vanessa Teich:

Tenemos mucha presión de los en Brasil por parte de los financiadores para controlar los costos en la atención en salud. Estoy segura de que ésta es la realidad para todos nosotros. Lo que hemos estado desarrollando aquí es la creación de un modelo de cuidado integrado porque creemos que el hospital

debe ser parte de un sistema.

El hospital en el que estoy ahora es principalmente un hospital privado, pero también tenemos nuestra red de hospitales públicos. Voy a hablar ahora del sistema privado. Tenemos un sistema muy fragmentado, así que el concepto de atención primaria no funciona muy bien. Entonces la idea ahora es que hemos creado 5 clínicas de atención primaria en la ciudad de Sao Paulo que están distribuidas por toda la ciudad. En este momento estamos creando esos modelos de atención que incluyen la atención primaria, la atención secundaria con profesionales para quienes hemos generado una red, y la hospitalización.

Nuestro desafío más grande para implementarlo es, en primer lugar, la integración de la información, porque los profesionales utilizan registros médicos diferentes, entonces no tenemos un flujo integrado de información. El plan con este tipo de modelo es realmente dar un mejor cuidado a los pacientes y evitar la hospitalización y los tratamientos de alto costo que se pueden prevenir.

Para darte un ejemplo, tenemos un programa de segunda opinión para pacientes que tienen una recomendación para cirugía de columna. Inicialmente, no tendrían acceso a nuestro hospital, pero gracias a este programa específico, vienen al hospital, son evaluados por una junta de especialistas y se les recomienda a los pacientes intentar un tratamiento conservador antes de ir a cirugía. El resultado es que llevamos cerca de 9 años con el programa y al 67% de los pacientes se les ha recomendado un tratamiento conservador y solo el resto de los pacientes han sido operados. La mayoría de los pacientes a quienes se les ha recomendado tratamiento conservador han sido bien atendidos y han tenido grandes ganancias en términos de calidad de vida sin pasar por el quirófano. El plan con esta iniciativa es evitar esas hospitalizaciones y tratamientos de alto costo.

Una estrategia adicional que estamos tratando de implementar es un tipo de iniciativa de hospital en casa, no exactamente como la que tienen en Estados Unidos, que funciona con un sistema electrónico de registro médico integrado en la casa del paciente, sino con la idea de que algunos pacientes pueden ser atendidos en su casa sin ser admitidos en el hospital, por ejemplo, si los pacientes tienen una infección que es tratada con antibióticos, se le podrían suministrar en su casa. Si los pacientes son monitoreados en su casa, no necesitarían ser admitidos en el hospital y podríamos tratarlos en su casa. Creemos que con estas iniciativas podemos mejorar, aún más, nuestra eficiencia también como parte de un sistema.

Marcella Distrutti:

Muchas Gracias Vanessa. Muchas gracias por compartirnos esto. Son realmente maravillosas las cosas que han venido logrando.

Seguimos ahora con Leonardo. Leonardo, pues la misma pregunta,

PREGUNTA: ¿Cuáles son algunos de los desafíos que ves hacia el futuro desde el Departamento de Medicamentos del Ministerio para mejorar la eficiencia del gasto en salud?

Leonardo Arregocés:

Mira, tenemos varios frentes que vemos que son complicados. Uno es la llegada de nuevas tecnologías de salud que sabemos que esto tiene una presión importante en el gasto. Lo que nosotros hemos visto es que el número de medicamentos que se registran año a año para tratar, específicamente cáncer, viene aumentando muy rápido desde 2015-2016, casi todos estos medicamentos son biológicos y casi todos tienen precios bastante elevados. Y nos preocupa que cuando miramos la literatura que mira esos medicamentos nuevos, cuál es el valor que agregan en desenlaces importantes esos medicamentos nuevos, en desenlaces duros, no vemos que haya una relación muy clara entre el precio que tiene el medicamento y el beneficio que está agregando con respecto a lo que ya está.

Entonces uno de los retos grandes para el país es definir cómo vamos a adoptar y cómo vamos a mejorar y darle un mejor uso a las nuevas tecnologías que llegan, que nosotros entendemos que hay que abrirles paso, pero cómo hacemos para adoptarlas.

Aquí es lo que viene y el gran esfuerzo que viene hacia futuro es los precios basados en valor. Si bien la regulación de precios ha tenido un impacto positivo en disminuir el gasto, lo que nosotros creemos es que todavía seguimos pagando precios altos a pesar de estar controlados porque hay tecnologías que seguimos pagando precios altos y cuando uno mira eso con respecto a su comparador, la diferencia del precio es grande pero la diferencia en la efectividad no es del mismo tamaño.

Entonces viene hacia futuro todo un reto de cómo utilizamos mejor las tecnologías y aquí es volver a mirar qué pasa. Por ejemplo, las guías de práctica clínica, si bien son importantes, son interesantes, tardan mucho tiempo en desarrollarse, son bastante amplias, son difíciles de elaborar e implementar, ¿Qué otra alternativa tenemos para recoger información y evidencia más rápidamente y poder implementarla en sitios puntuales? Tenemos las estrategias y hacia futuro lo que queremos para mirar cómo se utilizan las tecnologías es implementar rutas de atención, muy parecido a lo que tiene Chile dentro del Plan Auge y donde hay unas garantías explícitas, donde hay unas rutas que, personalmente, yo creo que es una gran experiencia.

Retos hacia futuro son la implementación y estas compras centralizadas. Yo creo que voy a estar buscando Valentín para hablar después, para aprender mucho más de esa experiencia del CENABAST en esas compras centralizadas y en cómo hacen dentro de un sistema de aseguramiento para entregarlas y hacerlas disponibles. Ese es uno de los retos que nosotros tenemos grandes. Nosotros acá, aparte de las vacunas que las compramos a través de OPS, tenemos un medicamento que compramos para hepatitis C a través de OPS. Se consigue a un muy buen precio, el problema es que

el proceso de recepción del medicamento, distribución y seguimiento es bastante dispendioso y yo creo que ahí es bastante interesante la experiencia que nos contaba de VIH; se vuelve muy interesante, muy importante y si quisiéramos entender mejor cómo funciona la adquisición y la distribución en el país y la verificación de que el medicamento si este llegando a donde y esté logrando esa efectividad. Nosotros vimos también durante la pandemia una iniciativa muy buena de Chile dentro del marco de PROSUR para hacer adquisición centralizada de medicamentos para varios países. Eso es algo que queremos seguir trabajando y explorando porque creemos que llevar este tipo de compras a unos niveles ya supranacionales pueden llegar a ser bastante interesantes.

Así que los retos hacia futuro son qué vamos a hacer con las nuevas tecnologías, pero qué más podemos hacer, qué podemos aprender de los vecinos para aprender qué están haciendo para lograr mejores precios, mejor utilización, utilización más eficiente y efectiva de las intervenciones. Así que pues yo me llevo muy buenos aprendizajes de esta sesión porque creo que aquí hay oportunidades que vale la pena revisar. El sistema colombiano tiene algunas similitudes con el sistema chileno, pero hay unas donde la diferencia es grande y seguramente algo así no lo podemos implementar, pero si hay algunas que si queremos aprender.

Marcella Distrutti:

Excelente. Muchísimas gracias, Leonardo. Muchísimas gracias por compartir estos desafíos, creo que mencionaste temas muy importantes, por ejemplo, este tema de las nuevas tecnologías, por supuesto, como vimos está afectando a todos los países de la región.

PREGUNTA: Entonces para concluir, Yesenia, desde SISALRIL, por favor compártenos un poco desde tu opinión algunos de los desafíos que ves hacia el futuro para implementar políticas para mejorar la eficiencia del gasto en salud.

Yesenia Díaz: Bueno, definitivamente muchas de las estrategias que nos gustaría implementar han sido discutidas en la mañana de hoy. Una de las más importantes para nosotros es todo el proceso de priorización de enfermedades y priorización explícita de tecnologías para poder ser incorporadas en nuestro catálogo de prestaciones o, bien revisar ese catálogo de prestaciones. Tenemos también un trabajo bastante importante como estrategia y es reducir las brechas que tenemos en términos de protección financiera, en términos de equidad, en términos de costo-efectividad, y para ello pues nos estamos preparando justamente para trabajar con todo lo que es la revisión y evaluación de tecnologías sanitarias aprovechando por supuesto todo lo que tiene que ver con la economía de la salud y poder mejorar la toma de decisiones en base justamente al valor y a los beneficios que dan estas nuevas tecnologías.

Por supuesto, una estrategia también, y en términos de política que nosotros consideramos de vital valor, sería poder evaluar la posibilidad de hacer una redistribución de los recursos, o sea, un uso más

eficiente de los recursos. En este momento gastamos mucho dinero en segundo-tercer nivel, no tenemos realmente un primer nivel de atención fortalecido y ahí pues debemos tratar de enfocar también nuestros recursos hacia el primer nivel de atención.

Por supuesto, todo el tema relacionado a las políticas en materia de medicamentos, precios de referencia, lo que significaría también las políticas de genéricos, las compras centralizadas o las negociaciones conjuntas y también fortalecer la gobernanza en nuestro país es sumamente importante.

De manera que estos desafíos para nosotros son claves, esperamos realmente poderlos implementar a futuro y, por supuesto, igual que como dice Leonardo, nosotros poder aprender de la experiencia de otros países, de nuestros países hermanos, y poder hacer este benchmarking juntos. Por esto, agradecemos enormemente la oportunidad que nos da el BID de poder compartir con ustedes en esta mesa de trabajo.

Marcella Distrutti:

Muchísimas gracias, Yesenia. Creo que mencionaste unos temas super importantes: la priorización es realmente fundamental creo que para todos nuestros países; además, estos temas que tú y Leonardo mencionaron también de trabajar de forma más conjunta, aprender más unos de los otros, es super importante y estamos a vuestra disposición también para apoyar con esto.

SECCIÓN DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Marcella Distrutti:

Bueno, estamos muy cortos de tiempo, entonces tuvimos que hacer la sección un poco más corta y vamos a abrir ahora para algunas preguntas y respuestas de los colegas, también una sección un poquito más corta para que podamos ir cerrando porque ya sabemos que el tiempo urge. Si tienen alguna pregunta por favor levanten sus manos, yo veo ahí la mano de Lesly levantada. Lesly, no sé si es una mano nueva o una mano antigua.

Pregunta de Lesly OConnell:

Hola, bueno, voy a repetir la de la sesión anterior porque no fue levantada y creo que es interesante para las dos sesiones. Me parece que hubo una falta de "repurposing" de la medicina frente a COVID, por lo menos en los Estados Unidos ha sido muy controversial ese tema y me parece un tema tan importante para la eficiencia del gasto. Entonces quería ver si había algún ejemplo de casos de los países donde realmente hubo ese esfuerzo muy sistemático para hacer "repurposing" y digo eso en el contexto de que hubo una crítica de algunos de los kits de la región que sí intentaron usar medicina que ya estaba disponible y también incorporando el comentario de Emma donde hay una economía política tan fuerte de los farmacéuticos de crear nuevas medicinas contra COVID o las vacunas. Entonces bueno, si quieren pueden tratar ese tema, sino lo registro esa pregunta que no se pudo discutir en la sesión anterior. Gracias.

Marcela Distrutti:

Gracias Lesly. Tomemos algunas preguntas antes de pasar la palabra a nuestros panelistas. Emma, veo que tienes la mano levantada y también Jerry. Emma, primero.

Pregunta de Emma:

Si, era pedirles a nuestros panelistas que han presentado muchos temas de éxito, pero quizás provocarles a que nos presenten los que más les ha costado o un obstáculo o un pushback, una resistencia en el camino a implementar esas intervenciones de mejora de eficiencia sabiendo que se supone que aprendemos más de los errores.

Marcella Distrutti: Muy bien, gracias, Emma. Jerry, por favor, continúa con tu pregunta.

Pregunta de Jerry La Forgia:

Tengo una pregunta para Vanessa. El hospital Einstein es una institución del más alto nivel. Yo solía vivir cerca y de hecho hice algo de observación participante ahí. Me sorprendió cuando en su presentación ella habló de las 5 áreas de política que han implementado y de los que hablé en mi presentación. Tienen una gobernanza muy buena en ese hospital, la gerencia, clínica y no clínica. Ella

habló de un modelo de atención dirigido hacia una atención integrada y también de un enfoque de inversión orientado hacia instalaciones de atención primaria ambulatoria en salud. Y también habló de la presión de los financiadores en el control de costos.

Así que, aquí tenemos este ejemplo en el medio de Sao Paulo y mi pregunta para ella, es una pregunta difícil, ¿Qué impide que ese modelo sea adaptado en otros lugares sea en Sao Paulo o en Brasil? Porque es una tendencia que vemos a nivel mundial, esas áreas en términos de eficiencia y calidad hospitalaria.

Usualmente, en los países hay un efecto de copia. Si alguien está haciendo algo, hay un efecto copia en el que los otros hacen lo mismo. No he visto mucho eso en Brasil. Quiero saber si Vanessa tiene algún comentario al respecto. Gracias y perdón por ponerte en la mira Vanessa.

Marcella Distrutti:

Gracias Jerry. ¿Alguna otra pregunta colegas o pasamos la palabra a nuestra panelista?
¿Alguna otra pregunta?

Bueno, entonces creo que vamos pasando la palabra para nuestros panelistas. Voy a pasar la palabra a los cuatro porque hay al menos una pregunta para cada uno y ahí no sé si alguno de los panelistas quiere tocar la pregunta de Lesly, dejo a su criterio. Entonces Vanessa, quizás empezamos por ti.

Vanessa empecemos con tu respuesta a la pregunta de Jerry y luego seguiremos con los demás

Vanessa Teich:

Genial. Antes que nada, gracias, Jerry, por la pregunta. Te voy a dar mi opinión personal acerca de este tema. Yo creo que uno de los desafíos más grandes que tenemos en términos de diseminar esta cultura de mejora de eficiencia y calidad, reduciendo las tasas de infección, por ejemplo, es el hecho de que realmente no utilizamos referentes en Brasil.

Los hospitales privados en Brasil tienen una asociación hospitalaria muy grande, y tenemos un tipo de referencia (ranking referencial) en el que los hospitales pueden ver dónde están y dónde están otros hospitales en promedio. Pero hemos llegado a la conclusión, y esto es una discusión muy reciente, de que los hospitales no la usan realmente porque comparan los promedios y realmente no saben qué les dice esta comparación, qué podrían hacer de forma distinta para mejorar.

Acabamos de empezar una iniciativa con esta asociación, con algunos hospitales, solo para ver si funciona, inicialmente hospitales que están en Sao Paulo, pero tenemos algunos que están en otras regiones, en las cuales los resultados de los hospitales serán revelados de forma individual. En un primer momento no diremos qué hospital obtuvo qué resultado, pero tenemos el compromiso de que

los hospitales con los mejores resultados serán revelados y estos hospitales compartirán sus prácticas con los otros hospitales con la intención de que todos puedan mejorar su eficiencia.

Esta es mi primera opinión de por qué realmente no le hemos dado la prioridad a esto cuando incluimos a los hospitales, por ejemplo, en la lista de referencia de hospitales para un nuevo financiamiento. Los financiadores realmente no piden a los hospitales que entreguen este tipo de información.

Y el segundo punto es que si los financiadores no piden esta información y los hospitales tienen que hacer una gran inversión para mejorar su calidad, por ejemplo, y no reciben un pago por ello, no tienen ningún tipo de compensación adicional por tener mejores resultados, no tienen ningún incentivo para hacerlo. Por un lado, no tienen la obligación y, por otro, no tienen ningún tipo de incentivo financiero. Por eso estamos intentando crear esta nueva iniciativa, para intentar estimular a los hospitales a tomar esta dirección también. Espero haber respondido al menos una parte. Gracias

Marcella Distrutti:

Muchas gracias, Vanessa. Valentín, quizás podemos seguir con vos para contestar la pregunta de Emma.

Valentín Díaz:

Me pareciera ser que Emma consultaba qué es lo que más ha costado. Mirado en el largo plazo, los últimos años, es una permanente lucha porque los distintos actores de la salud pública se alineen y compren todo en forma centralizada. Existe una tendencia natural, casi común de que todos quieren comprar lo que a ellos les parece mejor, la última tecnología sanitaria, el fármaco de marca, en fin, porque la industria está pensando, está avanzando, está avanzando permanentemente; pero, por suerte, las leyes acá restringen mucho eso y definitivamente CENABAST no compra por marca, nosotros compramos por denominación común internacional, tenemos una serie de normas que evitan el uso de la marca por sobre un producto que haya demostrado bioequivalencia, cuyo laboratorio tenga buenas prácticas de manufactura, etcétera. Así que yo diría que el mayor costo es convencer siempre al sector salud de la conveniencia de la compra centralizada.

Marcella Distrutti:

Muchas gracias, Valentín. Muchas gracias por este mensaje tan importante. Yesenia, quizás podemos seguir con vos.

Yesenia Díaz:

Claro que sí. Bueno, desde nuestro sistema de salud tenemos tres grandes desafíos o, más bien, tres grandes obstáculos que debemos de vencer, según la pregunta de Emma. Uno de ellos es lograr tener planificación conjunta entre las distintas instituciones que conformamos el Sistema Dominicano de Seguridad Social y esa planificación por supuesto anticipada colocando siempre al paciente en el

centro; y ahí, entonces, traigo mi segundo obstáculo más importante y es tratar de vencer los intereses particulares, o sea, tratando de alguna forma pensar de manera colectiva en lo que es el bien común de todas las personas; y el tercero que no es menos importante como obstáculo es lograr mejores mecanismos de contratación y pago. Actualmente en el país, en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el pago imperante es el pago por evento, lo que significa que es uno de los mecanismos de pago más ineficientes conocidos a nivel mundial y, por supuesto, entonces poder agregar valor en salud por cada peso invertido se corresponde con una posibilidad importante para nosotros en términos de mejorar el sistema, pero un obstáculo a vencer.

Marcella Distrutti:

Muchísimas gracias, Yesenia. Pasamos entonces la palabra ahora a Leonardo, y Leonardo, de hecho, feliz cumpleaños, ahí vemos en tu oficina. Entonces te pasamos la palabra para cerrar esta sesión.

Leonardo Arregocés:

Gracias. Mira, desafíos hay muchos. Yo voy a escoger, de todos los que hay -porque hay poquito tiempo-, voy a escoger uno. Es políticamente incorrecto, pero lo voy a presentar, así como para que no suene tan incorrecto. Hay muchos intereses dentro del control de precios, entonces nosotros tenemos una Comisión conformada por diferentes áreas de gobierno que tienen intereses diferentes. Nosotros, desde el Ministerio, tenemos interés en controlar precios para hacer más eficiente el gasto o poder utilizar el gasto mientras otras áreas tienen interés en producción comercial, en crecimiento comercial, en crecimiento de la economía; y ese choque ha sido difícil. Ha sido difícil, son sesiones diferentes cuando se quiere implementar algo, pero las otras áreas piensan en crecimiento económico, crecimiento de la industria y uno está pensando en mantener o sostener las finanzas del sistema. Eso es difícil, o sea, hay intereses que chocan y a veces esa conversación no es fácil y ahí es donde uno empieza a ver esas pujas entre los Ministerios de Hacienda o de Finanzas y el Ministerio de Salud y en nuestros países del Sagrado Corazón, sabemos que la balanza suele alinearse más hacia un lado que hacía que el Ministerio de Salud.

Eso ha sido una decisión que es difícil, que es difícil de entender y yo creo que nosotros como sector salud lo que si podríamos o sí deberíamos es mostrar que esas inversiones en salud y en control y en uso eficiente del recurso si deben tener un resultado mejor que lo que se logra a través del crecimiento de la industria y todo eso, pero eso tenemos que mostrarlo y tenemos que hacerlo. Así que ese es uno de los problemas que son discusiones difíciles pero que nosotros como sector salud no tenemos la evidencia para llevarla a la mesa y decir: "Mire, es mejor invertir en...", o "es mejor dejar unos puntos de crecimiento o dejar ir...", "dejar ir, probablemente es mejor que una empresa no crezca tanto, o ni siquiera que no crezca tanto", es que como no sabemos bien la estructura de costos de los medicamentos y no sabemos ese precio adicional que tienen los medicamentos en dónde se va, a muchos nos parece que parte de esos precios adicionales se van en los bonos, bonificaciones y salarios que tienen algunos directivos dentro de las farmacéuticas, pero es una situación difícil, una situación

difícil de manejar y que tenemos nosotros como sector salud ser capaces de traer los argumentos y poderlos llevar a la mesa cuando estas situaciones se den.

Es difícil, yo creo que los que estamos acá en algún momento hemos vivido situaciones de ese estilo, pero de pronto la reflexión sí es sobre eso que es de pronto políticamente incorrecto, mostrar la cocina en una reunión de estas, pero es una situación difícil.

Marcella Distrutti:

Muchas gracias, Leonardo, muchas gracias por terminar con estas reflexiones tan importantes, pero tan realistas también y con las cuales todos los países tenemos que convivir. Bueno, vamos llegando entonces al final de esta sección. Muchísimas gracias a nuestros panelistas por acompañarnos, por su tiempo, por su disponibilidad y también porque al final creo que todos se quedaron durante todo el taller, así que muchas gracias.

Vamos entonces cerrando y para cerrar voy a pasar la palabra a mi colega Bill Savedoff. Bill es un Especialista Principal en Salud de nuestra División de Salud y Protección Social del Banco y él va a cerrar con la muy difícil tarea de compartir con nosotros algunos de los mensajes principales que emergieron de toda esta discusión, de toda esta mañana que fue muy rica. O sea, yo aprendí cantidades y de hecho solo tengo que agradecer a todos, también a todos los colegas por participar con nosotros durante estas tres horas, y un poquito más, de trabajo. Entonces gracias a todos, me despido y paso la palabra a Bill. Chao, chao.

CIERRE DEL DIÁLOGO

Bill Savedoff:

Gracias Marcella. Bueno, esto ha sido un taller muy rico, muy interesante. Yo creo que muestra el valor de juntar gente que está abarcando los temas a través de investigación general hasta las experiencias más específicas en la región. Es un ejemplo fantástico de lo que podemos aprender con este tipo de intercambio entre países, profesionales y disciplinas. Ha sido fantástico.

Yo estoy anotando un montón de cosas aquí e intenté de arreglarlo y mis pensamientos sobre lo que hemos escuchado. Son tres horas, pero si rememoran, parece casi una semana atrás cuando empezamos con Christoph y este cuento sobre la crisis financiera y fiscal y todo esto. Yo veo que con las conversaciones iniciales hemos planteado tanto el grado de crisis y su carácter único porque es la primera vez que la región o el mundo ha tenido una recesión o crisis financiera tan larga que empezó con una pandemia. Yo creo que es interesante lo que planteó Christoph en el sentido de que no hemos aprovechado esta crisis, de alguna forma, del sector salud para decir: "Bueno, esta es la razón por la que la salud pública, la preparación para pandemias, la creación de redes y de grados de servicios para la población, la prevención de enfermedades crónicas, todo esto es tan importante, es tan esencial para la sociedad como cualquier otra cosa". Esa es la primera cosa que cualquier gobierno o sociedad tiene que organizar conjuntamente y yo creo que ese es un punto grande que yo llevo de este taller.

La segunda cosa es que los problemas que hemos tenido desde siempre aparece, la fragmentación de los servicios, el bajo gasto público y las ineficiencias, son problemas que obstaculizan la respuesta a la pandemia y para la reactivación de servicios esenciales de salud para prevenir la transmisión de la enfermedad y poder resumir una sociedad más sana.

La presentación que Rodrigo sobre Ecuador, no es solamente de este país, representa un paradigma de los problemas que se ven en casi todos los países de la región: La presión fiscal, la tramitación, la ineficiencia.

Tercero, yo creo que hemos escuchado el poder de la información y de algunas formas nuevas de pensamiento. Con la presentación [de Manit Sittimart] de Tailandia, el uso de estudios costo-efectivos, no solamente para diseñar paquetes de servicios sino también como una herramienta de negociación o un proceso de llegar a protocolos guías para decisiones difíciles sobre quién va a recibir tratamiento cuando los hospitales están ocupados y tienen un montón de gente llegando con COVID.

Pero también, en este nivel de información y nuevas formas de pensar, Veronika nos reta a pensar en por qué no hacer una ley, por qué tiene que cambiar el comportamiento cuando hay cosas que son tan obvias o importantes que se pueden reglamentar, exigir y priorizar, y todas las posibles áreas de

desperdicio. Creo que fue interesante el intercambio sobre si hubo o no desperdicio en los farmacéuticos en estos hospitales públicos, una cosa que solamente podemos saber y enfrentar si logramos medir y ver en cuánto está estimada la magnitud, si vale la pena o no trabajar en esto, y si es grande, dónde están estos farmacéuticos, dónde están robados o están botados en la basura, y de ahí tener una respuesta.

Finalmente, voy a regresar el punto que Jerry hizo: "There are no magic bullets", es cierto, no hay una fórmula mágica. Una implicación de esto puede ser muy pesimista y afirmar: "Hay que hacer todo", la otra forma de hacer esto es muy optimista y es pensar que no se necesita magia porque somos las personas que van a resolver estas cosas y las experiencias que hemos escuchado de los varios países muestran esto, porque dentro de condiciones bastante difíciles lograron enfrentar un montón de problemas para llegar a soluciones que mejoran la eficiencia, la calidad y la salud.

En este sentido yo creo que sería interesante para los que desde el BID tuvimos un diálogo regional de política el 2020 en el que discutimos cómo mejorar la calidad y había muchas experiencias, muy semejante a lo que dijeron los exponentes ahorita, en que realmente fue un proceso de empezar a medir lo que estaba pasando en términos de resultados y procesos para que se pudiera llegar a soluciones. No es que se pueda solucionar fuera de contexto sino analizar su propia situación y con esta información buscar soluciones que funcionen.

Para terminar, yo diría que de lo que escuché, si tuviera que poner una frase final es que tenemos que invertir más en salud, pero la palabra invertir es una palabra que hace que mucha gente piense solamente en el dinero y yo creo que hemos escuchado que es no solamente invertir más dinero en el sector sino es invertir en el capital político, el liderazgo, invertir en gobernanza, invertir en nuevas soluciones y formas de actuar e invertir en la información y en la búsqueda de eficiencias que logran un sector realmente eficaz y que promueve la salud dentro de las posibilidades de los países.

Con esto termino, fue un taller largo, pero creo que muy fructífero y espero que continúe esta conversación con toda la gente aquí incluida y sin otro particular, muchas gracias por su participación a todos los que presentaron, muy valiosas sus intervenciones y que tengan un buen día todos.



CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority
Setting and Health Benefits Plans



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