

PEQUEÑAS IDEAS PARA GRANDES AHORROS EN GASTOS DE SALUD

Por años los estudios sobre el aumento del gasto en salud se han orientado a diseñar estrategias de optimización a gran escala. A pesar que el beneficio esperado es significativo, generalmente su implementación se complica por aspectos políticos y operativos. En este escenario, mientras se preparan reformas estructurales mayores, es interesante considerar “pequeñas ideas” con un potencial menor de ahorros, pero que implementadas en conjunto pueden significar un ahorro significativo de entre 13 y 22 billones de dólares anuales en USA.

Existe un amplio consenso en que el rápido aumento de los costos de salud que se observa en Estados Unidos es uno de sus más graves problemas de política interna.

- Víctor Fuchs, considerado por muchos como el padre de la economía de la salud, ha declarado que, a su criterio, si USA resolviera los problemas con sus gastos en salud, prácticamente todos sus problemas fiscales se irían (2012).
- Peter Orszag, ex director de la Oficina de Administración y Presupuesto, ha manifestado que el aumento de los costos de salud es la principal causa del desequilibrio fiscal de largo plazo (2011).
- La Oficina del Presupuesto de Congreso ha identificado que el crecimiento del gasto en los programas de salud obligatorios (en particular el Medicare) son la mayor amenaza para la solvencia del gobierno de EE.UU. (Oficina de Presupuesto del Congreso, 2010).

A través del tiempo han surgido múltiples propuestas para abordar este problema, sin embargo no se ha logrado revertir el proceso ya que su implementación es compleja y no generan consensos.

En el presente trabajo, desarrollado por Rand Corporation, se ha invertido el enfoque y más que concentrarse en grandes políticas se ha buscado identificar pequeños cambios que generen un efecto eficiente de pequeños ahorros de costos, pero que implementadas en conjunto pueden generar un efecto más contundente.

Las ideas que considera este estudio representan una pequeña muestra de todas las posibles estrategias de ahorro de costos y se entregan para incentivar este tipo de iniciativas factibles de implementar fácilmente.

¿POR QUÉ PENSANDO EN PEQUEÑO SE PUEDE SALVAR AL GRAN SISTEMA DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS?

El sistema de salud de EE.UU. no ha carecido de sugerencias acerca de cómo reducir el crecimiento de los costos, lo que ha faltado es la capacidad de implementarlas con éxito. Por ejemplo, se ha demostrado que una de las opciones más prometedoras para frenar los gastos de salud involucra cambios en los mecanismos de pago a prestadores, incluidos los médicos, a través de esquemas que incentiven un trabajo conjunto y permita alinear objetivos, sin embargo en la práctica un cambio de este tipo ha demostrado ser muy difícil de operar.

Por ejemplo, en USA el sistema Prometheus, plan piloto de modificación en los mecanismos de pago a los prestadores privados por parte de los servicios de Medicaid y Medicare ha mostrado problemas en su operación y a la fecha ningún establecimiento lo tiene implementado totalmente, a tres años de su inicio. Este ejemplo es una buena evidencia que montar y operar un sistema que implique cambios tan radicales es una buena idea, pero requiere un esfuerzo, que muchas veces no se considera, y sus resultados pueden demorar un plazo considerable en hacerse evidentes.

Pero no todas las sugerencias para cambiar la velocidad de la trayectoria del gasto en salud requieren de cambios tan costosos. Existen “pequeños cambios” de efecto rápido. El potencial de ahorros de cada idea fácilmente operativizable puede ser menor, pero si se llevan a cabo en conjunto puede ser una estrategia con un efecto mayor.

A modo de ejemplo, un estudio reciente identificó un foco de ahorro de costos relacionado con la anestesia en procedimientos de gastroenterología. (Liu et al, 2012a.; Liu et al., 2012b)

Bajo las directrices actuales, en Estados Unidos, los aranceles de endoscopia incluyen la sedación intravenosa leve que a menudo se administra por el mismo equipo de la endoscopia, sin embargo, recientemente se ha convertido el propofol como el anestésico más ampliamente utilizado, el cual debe ser entregado por un anestesiólogo o una enfermera anestesista, con un cobro adicional. Este servicio y sus honorarios son médicamente justificable para pacientes de alto riesgo (por ejemplo, los que tienen graves problemas cardíacos crónicos) que deben ser cuidadosamente monitoreados durante cualquier procedimiento, pero son discrecionales para los pacientes de bajo riesgo.

En el año 2009, alrededor de US\$ 1.3 billones se gastaron en la **provisión de anestesia durante los procedimientos gastrointestinales**, pero sólo alrededor de US\$ 0,2 billones se gastaron en pacientes de alto riesgo. Los restantes \$ 1.1 billones podrían ser una fuente de ahorros sustanciales. ¿Qué tan factible y políticamente aceptable sería cambiar pautas para que los anestesistas no necesiten estar involucrados en los procedimientos de rutina, dado que ambos tipos de sedación son igualmente seguros y aceptables para los pacientes de riesgo normal?

Otro ejemplo se centra en el tema de los medicamentos. Los investigadores de Stanford, RAND, y la Universidad del Sur de California han analizado cómo cierta medicación puede afectar potencialmente los costos (Goldman, Joyce, y Karaca-Mandic, 2006a). Su análisis sugiere que otorgar a los pacientes con enfermedades crónicas **un incentivo financiero para cumplir con el tratamiento farmacológico** recomendado podría disminuir las hospitalizaciones evitables por 80.000 a 90.000 por año y, de esta forma, reducir el uso de los servicios de urgencias por 30.000 a 35.000 visitas al año. Estas reducciones podrían generar un ahorro anual de aproximadamente US\$ 1 billón. ¿Podría este tipo de incentivos entregarse? ¿Qué pasa si los incentivos también se aportaron para incentivar la adherencia a otro tipo de fármacos de reconocida eficacia?

Estas estrategias, y otras que se han analizado, pueden ser bastante factibles de implementar y de baja sensibilidad política. Esto no quiere decir que un sistema de cambios más estructurales no deba llevarse, pero en paralelo se pueden implementar ideas menos radicales.

Respecto de este tema Rand Corporation ha llevado adelante un estudio cuyos objetivos son los siguientes:

- Identificar ideas de cambios relativamente acotados que pueden generar ahorros de costos.
- Estimar el potencial de ahorro, a nivel nacional, de cada idea planteada.

De las múltiples ideas que surgieron inicialmente, se seleccionaron las más prometedoras en base a ciertos criterios específicos:

- Para ser útil a los propósitos del estudio, las ideas a considerar necesitan poder ser asociadas a **un objetivo bien definido** y estar directamente relacionadas con un proceso de optimización de una prestación de salud (mejorar la calidad y seguridad de la atención o al menos ser neutro en términos de afectar la calidad del proceso).
- Las ideas deben ser **operativas y políticamente viables**. En el caso de la viabilidad operativa, la selección final refleja una estimación de implementar o ampliar una estrategia prometedora de ahorro de costos a nivel nacional, si es que la idea planteada está acotada inicialmente a un ámbito geográfico específico. Por último, para calibrar la viabilidad operacional y política de una idea, se evalúa la estructura económica de incentivos que enfrentan los consumidores y los proveedores. Es decir, las evaluaciones de viabilidad consideran el grado en que puede generarse una divergencia de incentivos entre los actores involucrados (por ejemplo, los médicos y hospitales).
- Finalmente, debido a que el objetivo fue estimar a nivel nacional eventuales de ahorros de costos en la implementación de una idea, se incluyó como criterio la viabilidad de poder estimar el impacto en términos de ahorro de costos, basado en estudios serios y documentados.

Por otra parte, se excluyeron las intervenciones de salud pública ya que sus costos directos son difíciles de cuantificar y sus efectos pueden derivarse muchos años después o los beneficios pueden ser ahorros indirectos fuera del sistema de salud.

En base a los criterios enunciados, con un panel de expertos, se identificaron inicialmente 14 ideas para ser analizadas. A continuación se enumeran estas ideas, que se han agrupado en dos categorías: las que implican la sustitución de un tratamiento de alto costo por una alternativa de costo menor y las desarrolladas a partir del concepto de seguridad del paciente. Obviamente es una lista preliminar a la que se le pueden adicionar otras iniciativas.

PEQUEÑAS IDEAS PARA GENERAR GRANDES AHORROS DE COSTOS EN EL SISTEMA DE SALUD

1. Sustitución de los tratamientos de menor costo

1.1. Reducir el uso de la anestesia en los procedimientos de gastroenterología (GI) en pacientes de bajo riesgo: el uso de los anesthesiólogos en los procedimientos de rutina de gastroenterología se considera médicamente justificable sólo para los pacientes de alto riesgo. La eliminación de estos servicios para pacientes de bajo riesgo podrían reducir los costos en forma muy importante.

Referencia clave: Liu et al., 2012^a

1.2. Cambiar la política de pago para el transporte de emergencia: cambiar la política de reembolso de Medicare podría permitir a proveedores administrar los casos y generar alternativas de atención diferentes a los protocolos actuales. Por ejemplo, el transporte de pacientes con una urgencia sin riesgo vital podría ser hacia una consulta médica y no necesariamente hacia un establecimiento asistencial o incluso estabilizarlos directamente en el domicilio, generando importantes ahorros de costos. Actualmente el Medicare reembolsa servicios de transporte en ambulancia si el paciente es llevado a un servicio de urgencia.

Referencia clave: Alpert et al., 2013

1.3. Aumentar el uso de antibióticos de menor costo para el tratamiento de la otitis media aguda (AOM): la mayoría de los antibióticos utilizados para tratar la otitis media aguda no complicada en niños de riesgo normal tienen tasas similares de éxito clínico. La amoxicilina es una alternativa menos costosa e igualmente efectiva.

Referencia: Coker et al., 2010

1.4. Trasladar la atención de los servicios de urgencias a consultas médicas orientadas a atención de agudos (retail clinics): Para ciertos servicios médicos, las consultas médicas ambulatorias ofrecen una atención de menor costo de calidad comparable. Alrededor del 8% de todas las consultas en los servicios de urgencias en Estados Unidos podrían resolverse en la consulta directa del médico en consultorios del tipo de los que ofrecen algunas cadenas de retail (principalmente supermercados y cadenas de farmacias).

Referencia: Weinick, Burns, y Mehrotra 2010

- 1.5. Eliminar los co-pagos para los pacientes de alto riesgo en tratamiento con drogas para reducir sus índices de colesterol: la reducción de los co-pagos puede motivar a los pacientes para cumplir la terapia y de esta forma tener un manejo de la patología crónica, reduciendo de este modo hospitalizaciones y atenciones de urgencia.

Referencia: Goldman, Joyce, y Karaca-Mandic, 2006b

- 1.6. Aumentar el uso de medicamentos genéricos: solo un pequeño porcentaje de los beneficiarios de Medicare aprovechan los programas de medicamentos genéricos existentes. Las políticas gubernamentales deberían alentar a los beneficiarios que no los usan o que los usan parcialmente, permitiendo al Medicare un importante ahorro de costos.

Referencia: Zhang, Zhou, y Gellad de 2011

- 1.7. Reducir en el Medicare el uso y la prescripción de medicamentos de marca para el tratamiento de pacientes diabéticos: los beneficiarios de Medicare con diabetes usan dos a tres veces más medicamentos de marca, en comparación con un grupo similar del sistema de salud del Dpto. de Veteranos.

Referencia: Gallard et al., 2013

2. Seguridad del paciente

- 2.1. Prevenir las infecciones asociadas al torrente sanguíneo difundiendo la práctica de medidas simples de instaurar: lavado de manos, uso de aislantes, uso de clorhexidina, antibióticos tópicos, la educación, listas de chequeo y kits pre armados pueden evitar infecciones por colocación y uso de catéteres, lo que implica importantes ahorros de costos.

Shekelle et al, 2013A.; Scott, 2009; Umscheid et al., 2011; Waters et al., 2011

- 2.2. Prevenir las infecciones en el tratamiento de neumonías: medidas tan simples como la elevación de la cabecera de la cama, cuidado oral con clorhexidina y manejo eficiente de tubos endotraqueales pueden prevenir las infecciones de neumonía, generando un espacio importante para reducciones en los costos del tratamiento.

Shekelle et al, 2013A.; Scott, 2009; Umscheid et al., 2011; Waters et al., 2011

- 2.3. Prevenir infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéter: el uso de medidas para fomentar el uso apropiado del catéter, incluyendo la educación, los protocolos respecto de cuando y como instalarlo, chequeos de control y retiro del catéter (check list, etiquetas recordatorias en la bolsa del catéter, etc.) puede evitar las infecciones bastante frecuentes en este tipo de procedimientos.

Shekelle et al, 2013A.; Scott, 2009; Meddingset al., 2010; Clarke et al, 2013.; San et al.,2005

- 2.4. Uso de chequeos comprobatorios pre-quirúrgicos y anestésicos: el uso de listas de control, tales como la lista de seguridad quirúrgica propuesta por la OMS ha demostrado reducir las complicaciones quirúrgicas.

Shekelle et al, 2013A.; Semel et al., 2010

2.5. Prevención de úlceras por presión: el uso de intervenciones para reducir esta complicación, se dan en diferentes ámbitos. A nivel organizacional se puede trabajar con equipos de personal especialmente entrenado, políticas institucionales, procedimientos de evaluación de la calidad de la atención. A nivel preventivo se deben considerar factores como evaluación cutánea del paciente, control de la humedad, nutrición y optimización de la hidratación y la gestión de la presión.

Shekelle et al, 2013A.; Sullivan y Schoelles, 2013; Rosen et al., 2006

2.6. Uso de ecógrafo como apoyo para la colocación de un catéter central: El uso de una ecografía en tiempo real para la colocación de un catéter central reduce las complicaciones y los costos de tratamiento asociados; su eficacia se ha demostrado en pacientes de servicios de urgencias, pacientes con ventilación y pacientes de cuidados críticos, entre otros.

Shekelle et al, 2013A.; Calvert et al., 2004

2.7. Prevenir caídas recurrentes: los beneficios de Medicare consideran cobertura especial para los pacientes que han tenido caídas previas: pago de una evaluación por parte de un médico del riesgo de caídas, el reembolso de la terapia de rehabilitación y el pago de una visita de seguimiento. El pago de estos beneficios ha demostrado ser costo-efectivo y potencialmente genera un ahorro de costos al prevenir la recurrencia de caídas en personas mayores de alto riesgo.

Wu et al., 2010; Shekelle et al., 2003

ESTIMACIÓN DE AHORROS DE COSTOS POTENCIALES

Las estimaciones de ahorro de costos que se han considerado son o actualizaciones de las estimaciones de la investigación RAND Health o nuevas estimaciones usando información de múltiples fuentes. Para generar las estimaciones de ahorro de costos netos, se calcularon los ahorros potenciales menos los costos de las intervenciones necesarias o acciones alternativas.

Se evaluaron los costos desde la perspectiva del sistema de salud como un todo, es decir se consideraron los costos de los hospitales, los aseguradores o pagadores y los pacientes. El criterio fue incorporar solo los costos directos para el sistema de salud, por lo que no se consideraron costos indirectos como lucro cesante de los pacientes por ejemplo.

Se asumió que un cambio en la política de pago sería esencialmente sin costo y para cada estimación se trató de generar un rango de ahorro esperado, en función de escenarios posibles.

La siguiente tabla presenta las estimaciones de ahorros que potencialmente puede generar cada idea planteada.

Tabla N°1

IDEA PROPUESTA	ESTIMACION ANUAL DE AHORRO DE COSTOS (US\$ MILLION 2012)
Sustitución de tratamientos costosos	
1.1 Reducir el uso de la anestesia en los procedimientos de gastroenterología (GI) en pacientes de bajo riesgo.	\$1.200
1.2 Cambiar la política de pago para el transporte de emergencia.	\$290 - \$580
1.3 Aumentar el uso de antibióticos de menor costo para el tratamiento de la otitis media aguda (AOM).	\$36
1.4 Trasladar la atención de los servicios de urgencias a consultas médicas (retail clinics).	\$3.500 (1.200 - \$4.400)
1.5 Eliminar los co-pagos para los pacientes de alto riesgo en tratamiento con drogas para reducir sus índices de colesterol.	\$1.300
1.6 Aumentar el uso de medicamentos genéricos.	\$5.900 (\$4.900 - \$6.800)
1.7 Reducir en el Medicare el uso y la prescripción de medicamentos de marca para el tratamiento de pacientes diabéticos.	\$1.500
Subtotal	\$14.000 (10.000 - \$16.000)
Seguridad del paciente	
2.1 Prevenir las infecciones asociadas al torrente sanguíneo	\$18 (-\$55 - \$200)
2.2 Prevenir las infecciones en el tratamiento de neumonías	\$47 (-\$5 - \$110)
2.3 Prevenir infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéter	\$100 (-\$88 - \$170)
2.4 Uso de chequeos comprobatorios pre quirúrgicos y anestésicos	\$170 (-\$110 - \$950)
2.5 Prevención de úlceras por presión	\$2.400 (\$1.600 - \$4.400)
2.6 Uso de ecógrafo como apoyo para la colocación de un catéter central	\$56
2.7 Prevenir caídas recurrentes	\$90
Subtotal	\$3.700 (\$2.300 - \$6.800)
TOTAL GENERAL	\$18.000 (\$13.000 - \$22.000)

FACTIBILIDAD POLÍTICA Y OPERACIONAL

Un factor muy importante a considerar en la implementación de estas ideas, en un ámbito tan sensible como es salud, es la factibilidad política y operativa de su implementación.

Para dar una idea aproximada de estas dos dimensiones, se calificó la factibilidad de cada idea en los dos ámbitos. Esta calificación se basó en juicio de expertos (2 miembros del equipo de trabajo) y revisión bibliográfica de experiencias similares. Los resultados se muestran en la Tabla N°2.

En el caso específico del análisis de la viabilidad política, su factibilidad se basó en un juicio sobre el número y tipo de grupos de interés que podrían verse afectados y oponerse a una idea. Para la viabilidad operativa de una idea, pesó bastante el poder contar con experiencias similares o parciales operando con éxito.

Ideas relativas a la seguridad del paciente son muy viables políticamente y al menos moderadamente viables operativamente. Por el contrario, por lo general, las ideas que apuntan a sustituir tratamientos de alto costo por alternativas de costo menor son más complicadas políticamente.

Tabla N°2

IDEA PROPUESTA	FACTIBILIDAD POLÍTICA	FACTIBILIDAD OPERATIVA
Sustitución de tratamientos costosos		
1.1 Reducir el uso de la anestesia en los procedimientos de gastroenterología (GI) en pacientes de bajo riesgo.	Media	Alta
1.2 Cambiar la política de pago para el transporte de emergencia.	Baja	Alta
1.3 Aumentar el uso de antibióticos de menor costo para el tratamiento de la otitis media aguda (AOM).	Alta	Media
1.4 Trasladar la atención de los servicios de urgencias a consultas médicas (retail clinics).	Media	Media
1.5 Eliminar los co-pagos para los pacientes de alto riesgo en tratamiento con drogas para reducir sus índices de colesterol.	Alta	Alta
1.6 Aumentar el uso de medicamentos genéricos.	Alta	Media
1.7 Reducir en el Medicare el uso y la prescripción de medicamentos de marca para el tratamiento de pacientes diabéticos.	Media	Media

Continuación TABLA 2

IDEA PROPUESTA	FACTIBILIDAD POLÍTICA	FACTIBILIDAD OPERATIVA
Seguridad del paciente		
2.1 Prevenir las infecciones asociadas al torrente sanguíneo	Alta	Media
2.2 Prevenir las infecciones en el tratamiento de neumonías	Alta	Media
2.3 Prevenir infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéter	Alta	Media
2.4 Uso de chequeos comprobatorios pre quirúrgicos y anestésicos	Alta	Media
2.5 Prevención de úlceras por presión	Alta	Media
2.6 Uso de ecógrafo como apoyo para la colocación de un catéter central	Alta	Media
2.7 Prevenir caídas recurrentes	Alta	Media

Este documento corresponde a un extracto de la publicación de Rand Corporation “Small Ideas for Saving Big Health Care Dollars”, autores Jodi L.Liu, Deborah Lai, Jeanne S. Ringel, Mary E. Vaiana y Jeffrey Wasserman. Mayor información en www.rand.org

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.