

Priorización y Costeo Estratégicos

Reflexión para las OSC que trabajan en VIH, tuberculosis y malaria en la región de América Latina y el Caribe

Joan Tallada – Consultor

18 de mayo de 2023



Plataforma Regional
América Latina y el Caribe
Apoyo, Coordinación y Comunicación



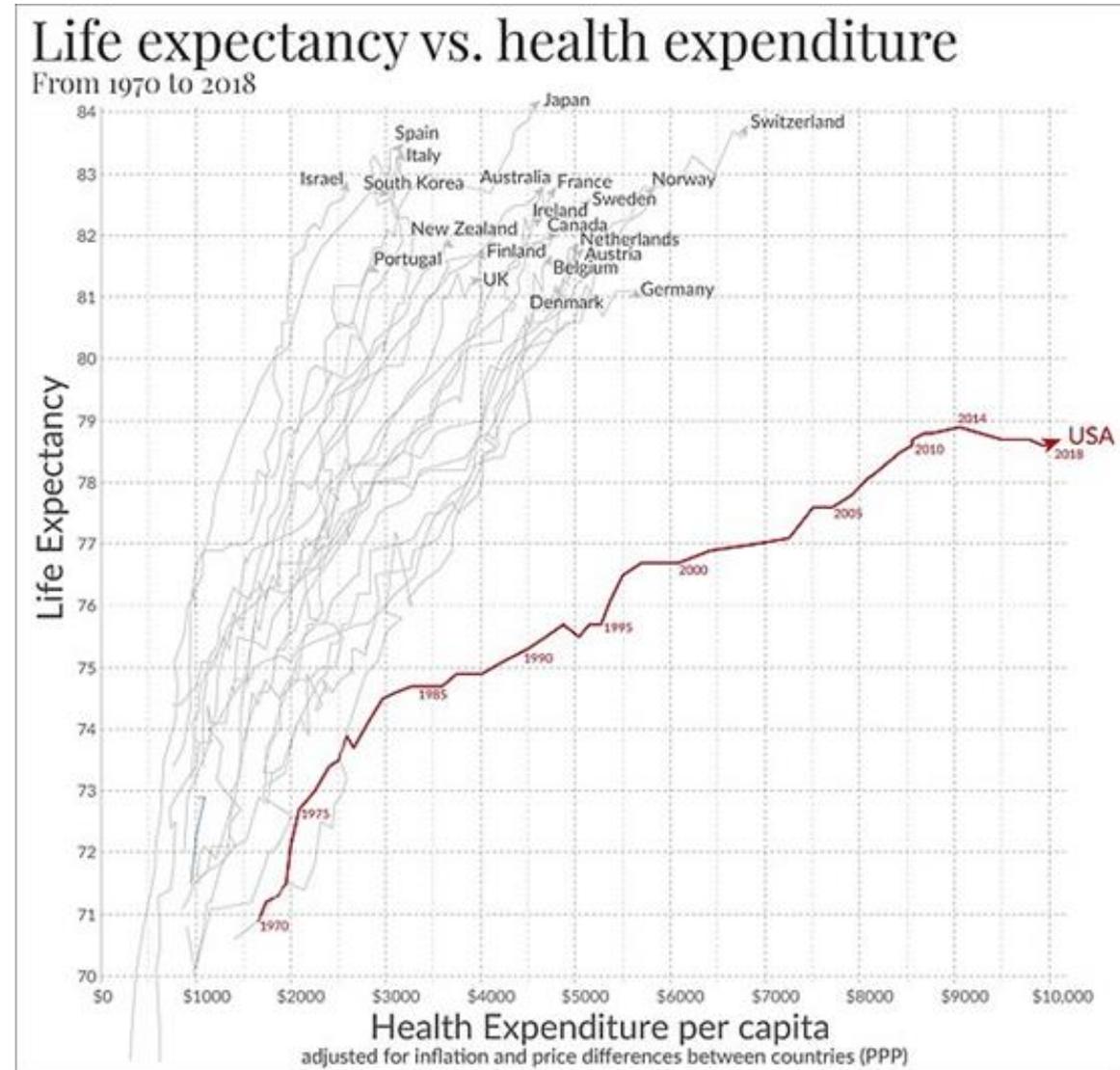
Al final de la presentación, esperamos que los participantes comprendan mejor...

- cómo las OSC pueden **renovar su rol en la contribución a los objetivos nacionales** de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria;
- cómo pueden **diseñar líneas presupuestarias equitativas y suficientes** para las intervenciones lideradas por la comunidad;
- y, por último, pero no por ello menos importante, cómo pueden desarrollar **argumentos sólidos para negociar acuerdos de financiación justos** con los socios de desarrollo y/o las autoridades nacional.



Empecemos con una pregunta abierta

- ¿Creen que gastar más dinero en servicios sanitarios siempre se traducirá en más salud para las personas?



Pongamos el foco en América Latina

- ¿Por qué Colombia tiene casi la misma esperanza de vida que Uruguay gastando en salud por persona menos de un tercio que su vecino del sur?

| América Latina | Gasto per cápita en salud | Años de esperanza de vida en promedio |
|--|---------------------------|---------------------------------------|
|  Uruguay | US\$1.661 | 78 |
|  Chile | US\$1.376 | 80 |
|  Panamá | US\$1.193 | 79 |
|  Cuba | US\$1.032 | 79 |
|  Argentina | US\$946 | 77 |
|  Brasil | US\$853 | 76 |
|  México | US\$540 | 75 |
|  Colombia | US\$495 | 77 |
|  Ecuador | US\$486 | 77 |
|  Paraguay | US\$388 | 74 |

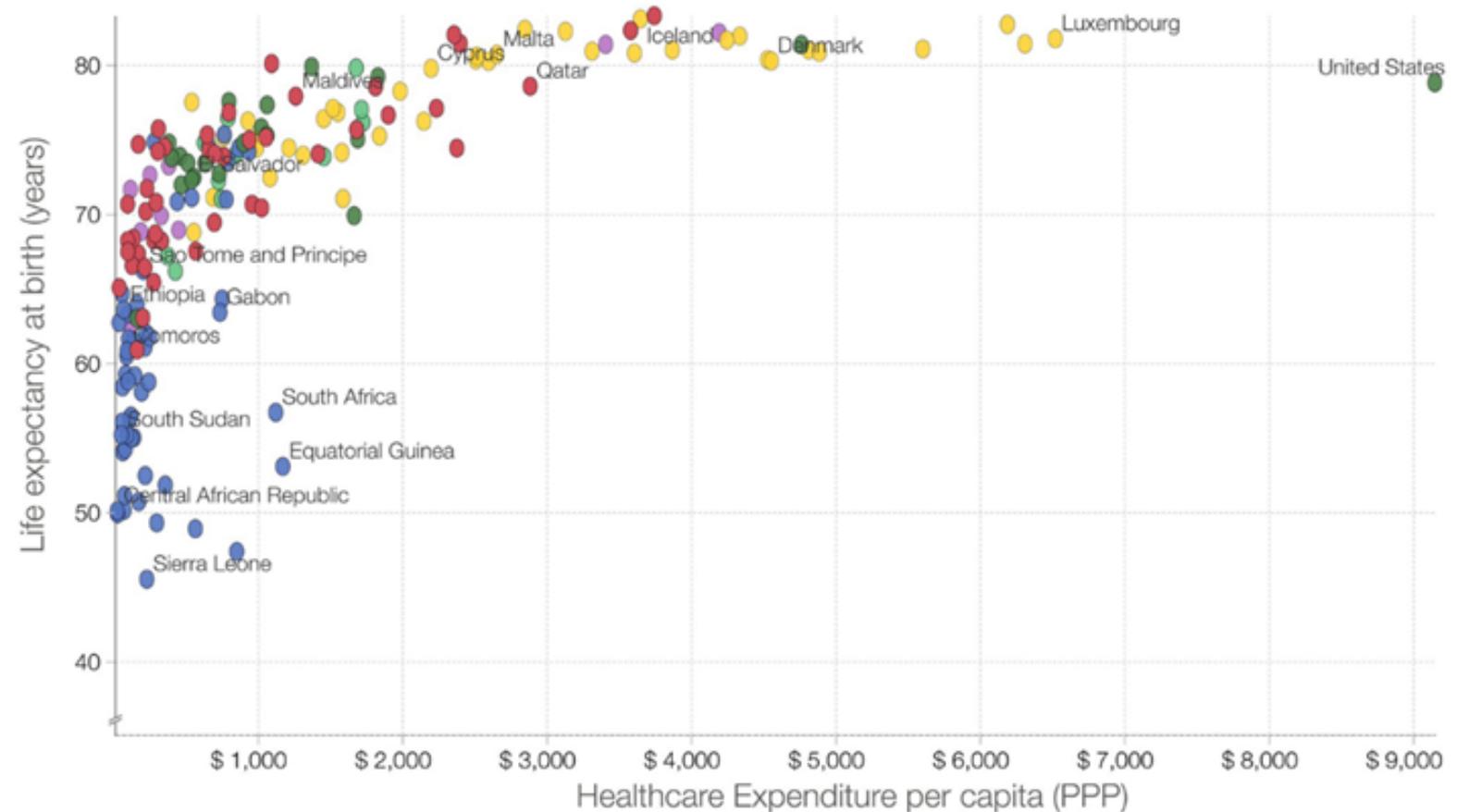


Invertir más sí puede suponer obtener más salud - hasta un cierto punto...

- Existe un umbral a partir del cual más gasto tiende a dar cada vez menos beneficio en salud

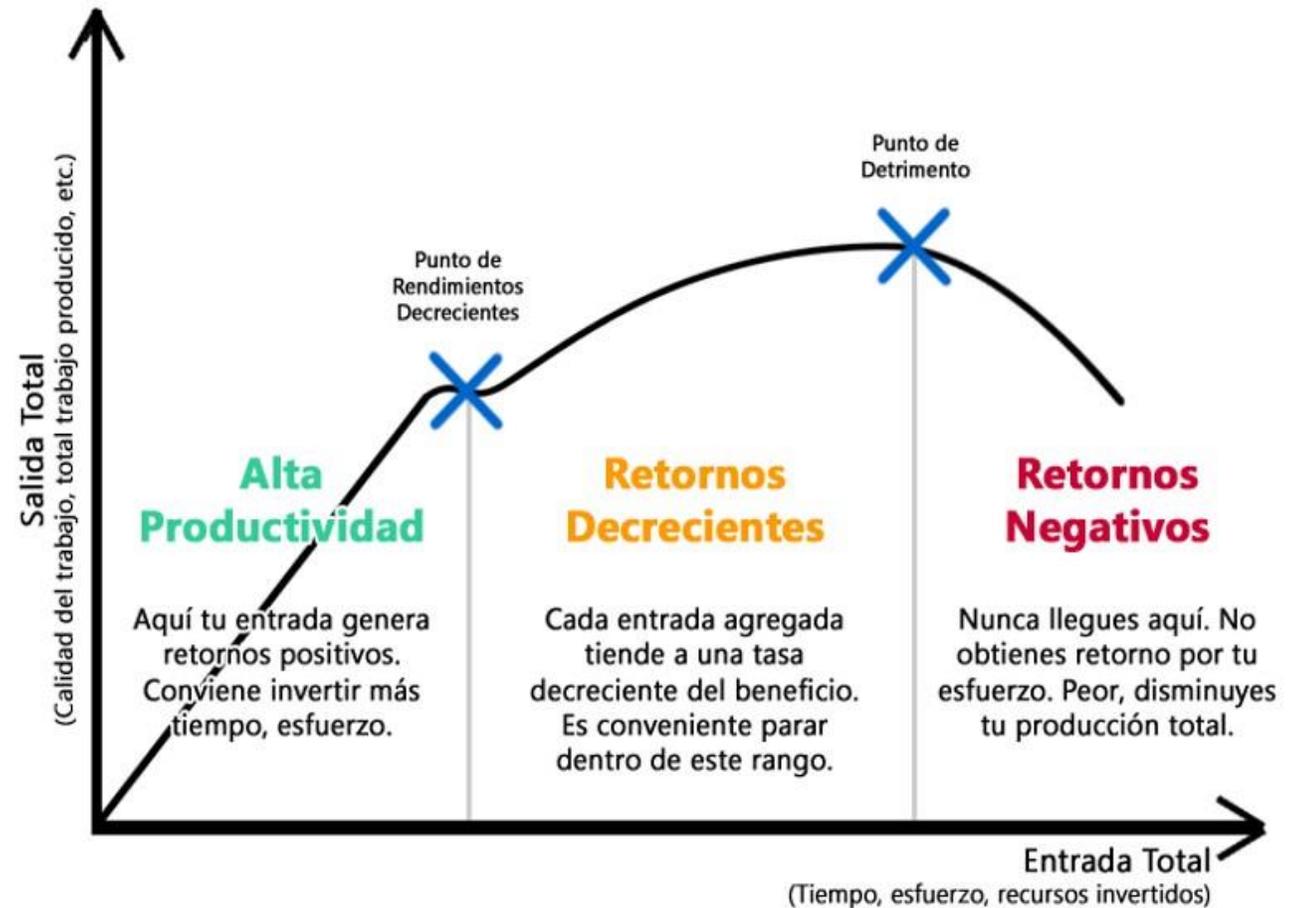
Life Expectancy vs. Healthcare Expenditure

Life expectancy at birth vs. Total healthcare expenditure per capita (PPP 2011)



La ley de los rendimientos decrecientes – en salud

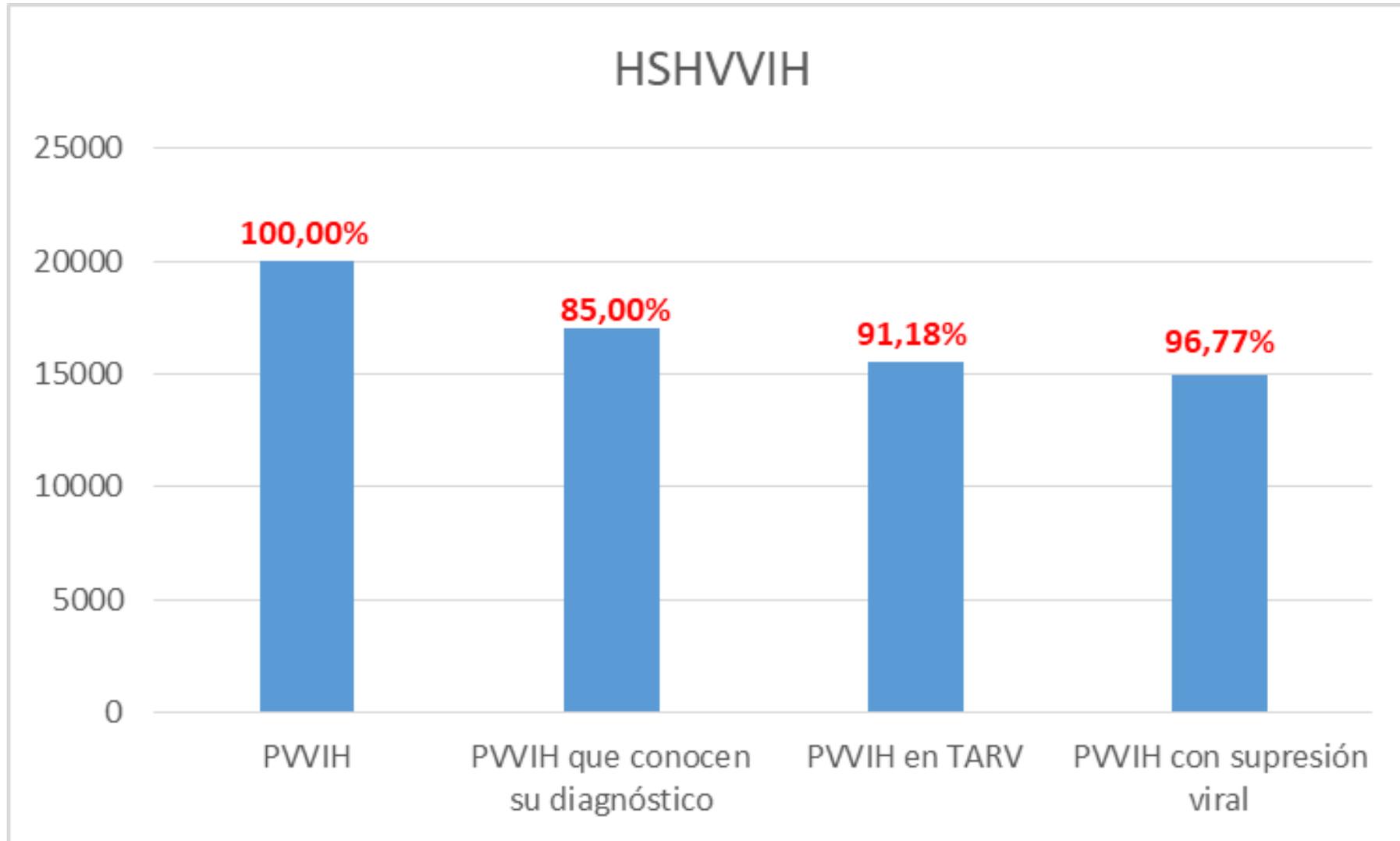
- La ley de los rendimientos decrecientes muestra que, una vez que hemos alcanzado un cierto umbral, **las inversiones adicionales producirán cada vez menos resultados en salud**, a menos que cambiemos dónde o cómo utilizamos esos recursos para garantizar intervenciones más costo-efectivas.



Fuente: <https://personalexcellence.co/>



¿Por qué es importante para las OSC de V/T/M?

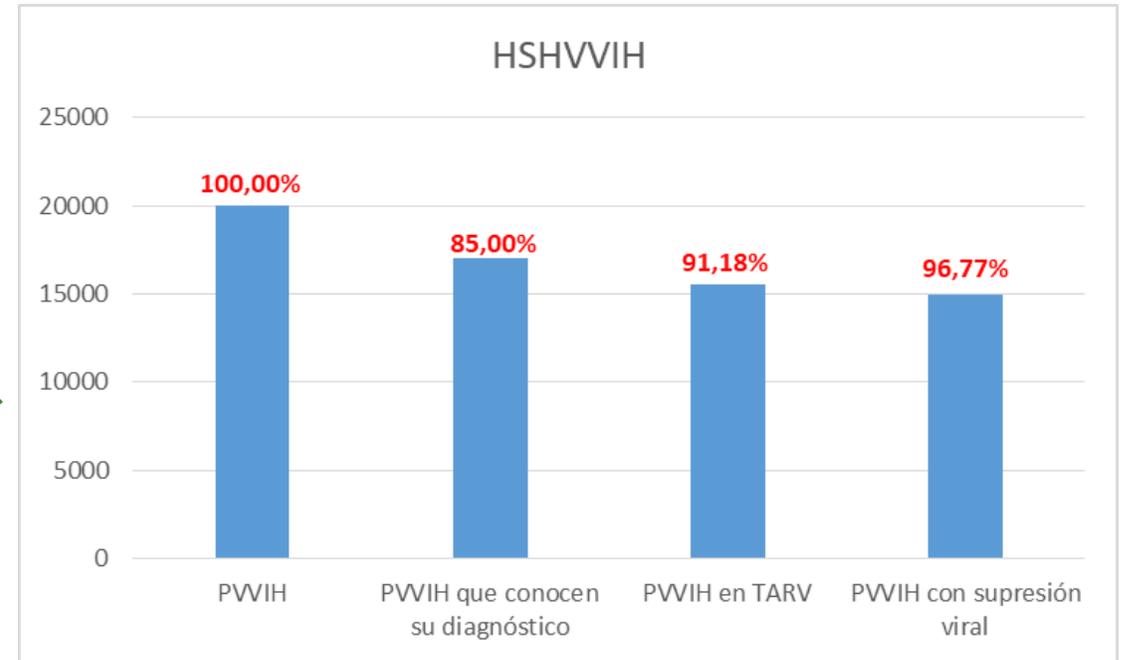


- Cascada de Atención entre HSHVVIH en el País X.
- ¿Cuál es la brecha más relevante?
- ¿Dónde deben centrarse las inversiones?



Eficiencia Alocativa o de Asignación

- *Eficiencia Alocativa o de Asignación* significa distribuir nuestros recursos de forma que obtengamos los resultados más acordes con nuestras metas y objetivos



- La prioridad es invertir más en la identificación de casos.
- No solo es relevante para reducir la transmisión y mejorar la salud de PVVIH
- También es más costo-efectivo: cada dólar invertido en identificación nos retornará más resultado que invertido en vinculación y retención.



Identificación de nuevos casos de VIH: ¿Seguimos como hasta ahora?

- En el País X, el **actual modelo dual** se basa en la oferta activa de la prueba a través de pares y oferta pasiva a través de servicios públicos.
 - El **rendimiento diagnóstico es decreciente**: cada vez menos positivos cada 100 HSH testados
 - Podríamos revisar el modelo para **ganar en eficiencia técnica** e intentar llegar a más HSH con los mismos recursos.
 - Al hacerlo, podríamos ampliar la cobertura pero **el rendimiento diagnóstico se reduciría todavía más**
-
- ***Eficiencia técnica*** significa obtener el máximo resultado con los recursos disponibles o, al revés, utilizar los mínimos recursos posibles para obtener el resultado deseado.



¿Por qué alcanzar más HSH con el mismo modelo no me da el resultado que busco? ¿Qué puedo hacer?

- La población de HSH es **muy diversa**
- Los HSHVVIH que **he conseguido identificar** eran **los accesibles** con el modelo que he implementado hasta ahora
- Los HSHVVIH que me quedan por identificar es probable que tengan otras características y **son de difícil acceso con el modelo actual**.
- **Otros modelos** puede ser más útiles para alcanzar a los HSH a los que todavía no llego. Es decir, **pueden ser más costo-efectivos**.
- Por ejemplo:
 - **Búsqueda a través de las redes de contactos de HSH con prácticas de riesgo**
 - **Oferta de la auto-prueba**
 - **Notificación asistida de pareja de HSHVVIH recién diagnosticado**



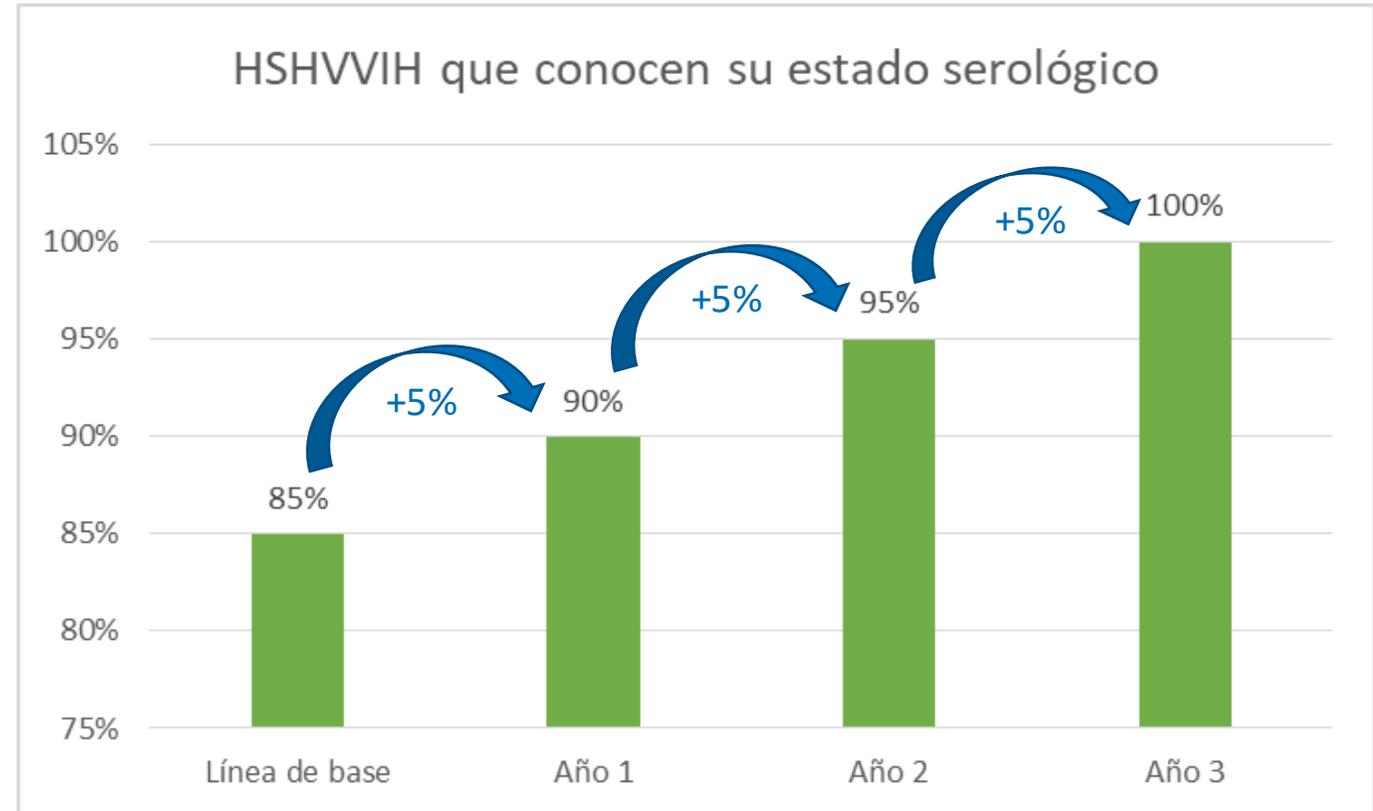
El costo unitario de las nuevas intervenciones puede ser mayor o menor, según el indicador de resultado

| | Presupuesto | Alcance Pruebas | Costo Unitario Pruebas | Alcance Positivos | Rendimiento diagnóstico | Costo Unitario Positivos |
|---------------------|-------------|-----------------|------------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| Modelo Actual | 400000 | 50000 | 8 | 500 | 1% | 800 |
| Modelos Innovadores | 200000 | 10000 | 20 | 500 | 5% | 400 |

| | Presupuesto | Alcance Pruebas | Costo Unitario Pruebas | Alcance Positivos | Rendimiento diagnóstico | Costo Unitario Positivos |
|---------------------|-------------|-----------------|------------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| Modelo Actual | 400000 | 50000 | 8 | 500 | 1% | 800 |
| Modelos Innovadores | 200000 | 10000 | 20 | 700 | 7% | 286 |

Los modelos innovadores también se agotarán en el futuro

- A medida que tengamos éxito, cada vez intentaremos llegar a personas **más difíciles de alcanzar** que las anteriores, lo que requerirá más recursos.
- El costo de llegar a **cada unidad adicional** de resultado (nuevo caso de VIH identificado) **será incremental**.



Cada punto porcentual adicional que se intente ganar tendrá un costo mayor que el punto porcentual ya alcanzado precedente.

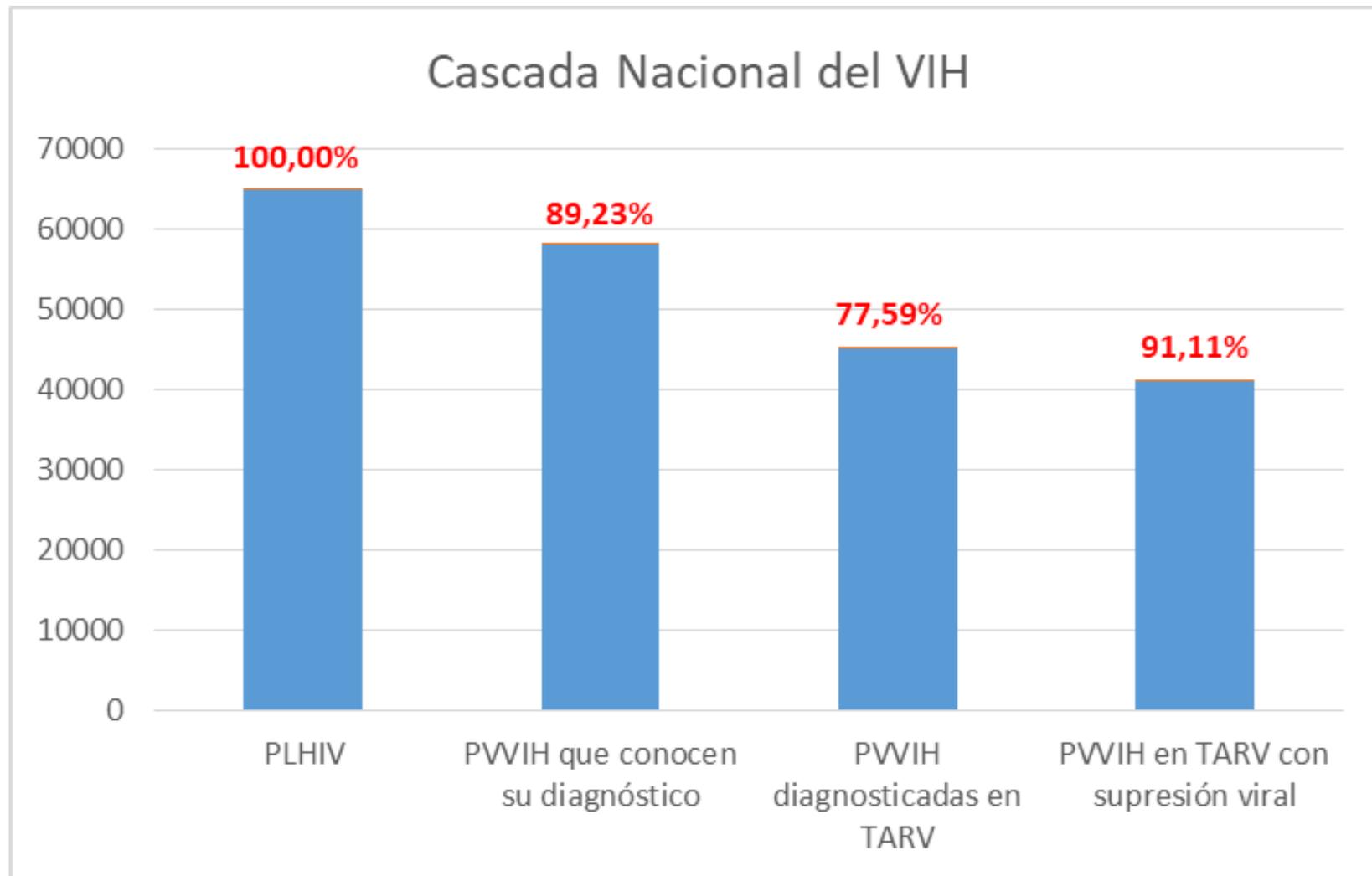


El análisis también aplica a TB y malaria

- En TB, la **búsqueda de sintomáticos respiratorios y de identificación de casos** con el modelo tradicional será cada vez más difícil (y costosa) a partir de haber alcanzado a un determinado porcentaje de personas.
- En malaria, la **distribución de redes mosquiteras** tendrá al principio un costo modesto por hogar alcanzado, pero cada vez mayor conforme se quiera llegar a hogares de más difícil acceso geográfico o cultural.
- En cualquiera de los dos casos, **un modelo innovador podría ser más costo-efectivo**, pero en algún momento también alcanzará su techo.
- A partir de un determinado umbral, **los costos siempre tenderán a ser incrementales**.



Hagamos un ejercicio colectivo



- ¿Cuál es la brecha más relevante?
- Si hay apoyo, ¿por qué no vemos todo el beneficio que esperamos?
- ¿Qué se puede hacer?



En resumen

- **Las poblaciones difíciles de alcanzar** siempre lo son en relación a la modalidad que se emplea para intentar llegar a ellas.
- Cuando una **modalidad da muestras de fatiga**, pese a todos los esfuerzos por mejorarla, es el momento de pensar en nuevas modalidades que la complementen o sustituyan.
- Las nuevas modalidades tendrán **un costo unitario mayor o menor** que las actuales **dependiendo del indicador** de resultado que se utilice.
- A partir de un punto de saturación, y una vez agotadas las innovaciones más costo-efectivas, **las personas que quedan por alcanzar requieren la inversión de cada vez más recursos** para cada una de ellas.
- En esos escenarios, **el costo unitario de alcanzar resultados en VIH, TB y malaria tenderá a ser incremental**.
- Este enfoque les puede ayudar a priorizar sus intervenciones y a **negociar presupuestos justos y suficientes** para la prestación de servicios sostenibles.

