

Participación de la RD en una Comunidad de Colaboración para Fomentar las Métricas de Salud

Magdalena Rathe
Fundación Plenitud

Consulta Internacional para Diseñar una Comunidad de
Colaboración para Fomentar la Métrica de Salud y las Evaluaciones

Institute for Health Metrics and Evaluations (IHME)
Fundación Mexicana para la Salud
Instituto CARSO de la Salud
Bill and Melinda Gates Foundation

Ciudad de México, 17-18 de septiembre, 2008

Características básicas del país

- ▶ La RD ocupa las dos terceras partes de la isla Hispaniola en el Caribe, siendo un país de ingreso medio-bajo.
- ▶ En su perfil epidemiológico pesan mucho todavía las enfermedades infectocontagiosas (enfermedades de la infancia, tuberculosis, VIH-SIDA), los traumas (accidentes, violencia), y van en aumento las vinculadas al síndrome metabólico.
- ▶ El país comparte la isla con Haití, (el cuarto país más pobre del mundo) y tiene una presencia masiva de inmigrantes ilegales, lo que dificulta la reducción de la pobreza y las enfermedades asociadas a ella.
- ▶ También aumenta la vulnerabilidad a los desastres y en general, a los efectos del cambio climático, dado su ubicación geográfica en el trayecto de los huracanes del océano Atlántico.
- ▶ Todo esto presiona el sistema de salud, tratándose la Hispaniola de una pequeña isla con más de 20 millones de habitantes.

El sistema de salud antes del 2007

- ▶ Típico de países pobres: desarticulado, abierto, sector público financiado por la oferta, baja calidad, desigual distribución de los recursos, baja cobertura de aseguramiento, gremios insatisfechos, huelgas y presiones permanentes.
- ▶ Grupos de altos ingresos con oferta de calidad.
- ▶ Seguros privados y sistemas pre-pagados para la población de mayores ingresos (incluyendo trabajadores formales de salarios medios hacia arriba).
- ▶ Alto gasto de bolsillo de los hogares (más del 50% del gasto total) y bajo financiamiento público: inequidad financiera.
- ▶ Resultados pobres de la calidad del sistema medidos por dos indicadores aparentemente incongruentes:
 - alta cobertura de asistencia pre-natal y parto institucional
 - elevadas tasas de mortalidad materna e infantil.
- ▶ Baja calidad de la información existente y de la capacidad de análisis sobre el sistema de salud.

La reforma del sistema (1)

- ▶ Aprobación de Ley de reforma en 2001, creando tres regímenes de financiamiento solidario y obligatorio, en base a cotizaciones sobre el salario (contributivo, subsidiado y contributivo subsidiado).
- ▶ Separación de funciones de: regulación, financiamiento, administración del riesgo y provisión.
- ▶ Consagración del financiamiento público y del sistema de pagador único (una tesorería y un Plan Básico de Salud (PBS) fijado centralmente, pagos per-cápita a los administradores de riesgo (ARS).
- ▶ Competencia entre aseguradores y proveedores para los afiliados del sector privado de mayores ingresos.
- ▶ Una sola aseguradora pública (SENASA) para la población subsidiada, contributiva subsidiada y contributiva pública.
- ▶ Cobertura universal de un mismo PBS para toda la población, independientemente de sus ingresos.

La reforma del sistema (2)

- ▶ Dificultades para ponerla en ejecución: grupos de presión la bloquearon consistentemente (más de 10 años antes de la aprobación de la ley, seis años después de su aprobación y siguen haciéndolo – más de 20 años de luchas de poder).
- ▶ El régimen subsidiado comenzó a operar paulatinamente en 2003, pero:
 - Su cobertura actual es alrededor de una cuarta parte de la población que debería cubrir, en siete años.
 - Utiliza mayormente los proveedores públicos (generalmente de muy baja calidad), donde se mantiene el financiamiento a la oferta más un paquete adicional para la población asegurada (inferior al PBS).
 - Lentos avances en la reestructuración de los servicios públicos, que siguen capturados por los gremios y los vaivenes de la política.
 - Casi todas las decisiones en los servicios públicos, siguen centralizadas (nombramientos, compras, etc.)
 - La calidad sigue baja y hasta ahora no hay señales de que haya mejorado la protección financiera (aunque hay datos no se procesan ni analizan por falta de fondos).

La reforma del sistema (3)

- ▶ En septiembre del 2007, entra finalmente en operación el régimen contributivo. El primer paso es reconocer las coberturas existentes (es decir, pasan al sistema los que ya estaban afiliados voluntariamente o por sus empleadores, manteniéndose sus prerrogativas, como fase de transición).
- ▶ Un año después, no ha aumentado la cobertura de manera significativa. Hay un movimiento muy lento para afiliar a los asalariados que no tenían seguro (los de menores salarios y parte de los empleados públicos).
- ▶ Se supone que toda la población tiene derecho al mismo PBS.
- ▶ En la práctica, las administradoras de riesgo privadas reciben un PBS mucho mayor (sin estudios que justifiquen las diferencias).
- ▶ Pero a la vez, los proveedores públicos siguen recibiendo financiamiento vía la oferta).

Carencia de investigación

- ▶ El contenido del PBS (en términos de intervenciones y de costos, es la manzana de la discordia entre los grupos de presión).
- ▶ El valor del PBS se calcula siguiendo una metodología rigurosa, pero sin los estudios que avalen los datos que la alimentan.
- ▶ No hay estudios para lograr que sea sostenible la universalidad del paquete.
- ▶ Tampoco sobre la diferencia de calidad entre los distintos tipos de proveedores.
- ▶ Prácticamente no hay estudios confiables de cobertura, ni de costos, ni de efectividad de tratamientos, ni de frecuencias de utilización, ni de riesgos, ni de cuántos recursos se necesitan, ni de dónde se van a obtener.

Carencia de investigación

- ▶ La mayor parte de las decisiones de las autoridades se basan en conveniencias políticas y presiones económicas de grupos de poder, en lugar de evidencias científicas .
- ▶ Existencia en el país de muchos datos estadísticos que no se transforman en información útil ni en evidencias para medir el desempeño del sistema de salud.
- ▶ Enormes carencias en la habilidad para analizar la información existente y producir recomendaciones de política.
- ▶ Pocos investigadores en el tema y falta de recursos financieros aplicados a la investigación.
- ▶ La mayor parte de las investigaciones se realizan como soporte de proyectos, es decir, donde hay financiamiento.

En resumen

- ▶ Existe un vacío enorme de información (un verdadero hoyo negro) sobre los costos, calidad, efectividad, riesgos, necesidades de recursos, financiamiento, impacto fiscal.
- ▶ Esto mantiene el sistema capturado por los grupos de poder, que luchan entre sí de acuerdo a sus particulares percepciones e intereses.
- ▶ Los conflictos sobre el PBS llegan a un callejón sin salida, por falta de información confiable y por ausencia de análisis producidos por fuentes imparciales y respetables.
- ▶ En consecuencia, la ausencia de evidencias bloquea la profundización de la reforma.
- ▶ Mientras tanto, los pobres siguen recibiendo menos servicios y de peor calidad y siguen pagando mucho dinero de su bolsillo.
- ▶ ...Y el sistema de salud como un todo, sigue presentando bajos resultados.

Importancia del OS dedicado a HME

- ▶ Necesidad esencial en el caso de RD para producir evidencias medibles sobre la calidad, el costo y el desempeño del sistema de salud que contribuyan a:
 - Mejorar la eficacia de la decisiones que se toman en el sector.
 - Apoyar la resolución de los conflictos coyunturales y estructurales entre los actores del sector.
 - Profundización de la reforma del sector salud.
- ▶ El OS puede constituirse en una fuente confiable de información sobre costos y calidad relacionados con el PBS, a fin de minimizar los conflictos y allanar el camino para avanzar en la reforma del sector.
- ▶ Importancia de crear una cultura de medir utilizando técnicas de calidad para producir informaciones confiables, analizar, de manera objetiva y recomendar políticas imparcialmente.
- ▶ Oportunidad de adaptar metodologías existentes y beneficiarse del expertise internacional, a través de la CCHME.
- ▶ Oportunidad de formar nuevos talentos en economía de la salud, estadísticas, demografía, epidemiología y otras disciplinas.

OS-RD: Misión y Objetivos

- ▶ **Misión:** Producir conocimientos en métricas de salud, generar evidencias y difundirlas, para sustentar la toma de decisiones que contribuyan a mejorar el desempeño del sistema de salud en la RD.

- ▶ **Objetivos:**
 - Posicionarse como un centro de excelencia en los temas relacionados con las métricas de salud.
 - Facilitar el uso y el acceso a la información relevante para la toma de decisiones en el sector salud.
 - Producir conocimientos y generar evidencias de políticas, promoviendo una cultura de excelencia en la investigación científica.
 - Divulgar los resultados de los estudios y la información disponible de manera asequible y atractiva para promover la acción y el cambio de comportamiento.

Valores

- ▶ **Excelencia:** Aplicar los mejores métodos científicos en el proceso de investigación de la realidad.
- ▶ **Relevancia:** Estudiar, recopilar y difundir la información más importante para contribuir a la toma de decisiones sobre el sistema de salud.
- ▶ **Independencia:** Operar al margen de presiones e influencias de grupos o autoridades políticas o económicas.
- ▶ **Coherencia:** Basar la investigación en evaluaciones sistemáticas de los datos disponibles, sopesando su calidad y alcance, así como procurando consistencia y comparabilidad.
- ▶ **Impacto:** Garantizar que la información llegue a los tomadores de decisiones para que incida en la gestión y en los cambios que benefician a la población dominicana.
- ▶ **Transparencia:** Facilitar el acceso general a la información disponible y a las técnicas y procedimientos metodológicos que se utilicen.
- ▶ **Eficiencia:** Utilizar los recursos disponibles en la áreas que produzcan las mejores contribuciones, evitando duplicaciones y superposiciones.
- ▶ **Colaboración:** Promover el trabajo y el intercambio permanente con instituciones e investigadores del sector público y privado, promoviendo el diálogo y respetando diferentes puntos de vista.

Miembros Potenciales

- ▶ Universidades:
 - Escuelas de medicina.
 - Maestrías de salud pública y gerencia en salud.
- ▶ Centros de investigación (hay pocos)
- ▶ Investigadores individuales (muy pocos se especializan en los temas de HME)
- ▶ Organizaciones no gubernamentales del sector salud (proveen información y tienen interés en el seguimiento de las políticas públicas)
- ▶ Departamentos de instituciones del sector público que producen estadísticas
- ▶ Departamentos de agencias internacionales (por ejemplo, la Oficina de Desarrollo Humano, del PNUD).

Clientes

- ▶ **Gobierno:**
 - SESPAS
 - Secretaría de Economía
 - Secretaría de Trabajo
 - Superintendencia de Salud
 - Consejo Nacional de Salud (CNS)
 - Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS)
 - Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS).
 - Otros
- ▶ **Instituciones Internacionales**
 - Multilaterales
 - Agencias bilaterales
 - Otros
- ▶ **Sector Privado**
 - Administradoras de riesgos de salud (ARS)
 - Proveedores de servicios de salud
 - Asociaciones profesionales
 - ONG que trabajan en el sector salud
 - Público en general

Estructura Institucional

- ▶ Creación de un grupo líder en la sociedad civil, mediante acuerdo inicial entre Plenitud y el OS-LAC y IHME.
- ▶ Alta importancia de la independencia del grupo, debido a los permanentes conflictos de interés que bloquean el avance de la reforma de salud en RD.
- ▶ Alta importancia del reconocimiento científico y calidad intelectual del equipo líder.
- ▶ Financiamiento para una estructura básica (coordinador, investigadores, estructura administrativa, gastos operativos mínimos).

PLENITUD: Nodo OS-RD

- ▶ Es una organización independiente y sin fines de lucro, cuya misión es producir y difundir conocimientos y generar evidencias para sustentar la toma de decisiones que promuevan el desarrollo humano sostenible.
- ▶ Recientemente creó el *Centro Virtual de Inteligencia*, cuyo propósito es recopilar, generar y diseminar evidencias medibles, aplicando métodos de alta calidad técnica, que sustenten la toma de decisiones orientadas al desarrollo y, de este modo dar seguimiento, desde la sociedad civil, a las políticas públicas.
- ▶ Una de las principales áreas de investigación de PLENITUD es la relacionada con los sistemas de salud, principalmente desde el punto de vista económico (Centro Virtual de Inteligencia – Economía de la Salud).
- ▶ A partir de este Centro se daría inicio al *Observatorio de la Salud*.

PLENITUD: Fortalezas

- ▶ Especialidad en financiamiento de la salud, especialmente, en cuentas nacionales de salud y cuentas especializadas.
- ▶ Única institución en RD enfocada en el estudio del sistema de salud.
- ▶ Coordinación de la Red Latinoamericana de Cuentas de Salud (REDLACS), como parte de las actividades recientemente iniciadas por el OS-LAC.
- ▶ Miembro del Comité Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud (CNS) de la RD.
- ▶ Posibilidad de ofrecer capacitación, entrenamiento y asistencia técnica a otros países sobre CNS.
- ▶ Fortaleza en análisis económico de los sectores sociales, particularmente los temas de equidad y protección financiera.
- ▶ Fortaleza en evaluaciones.
- ▶ Institución pequeña, flexible e independiente, reconocida por su compromiso con la excelencia.

Cómo empezar (1)

- ▶ Establecer la estructura básica del nodo del OS-RD.
- ▶ Crear un Consejo Consultivo.
- ▶ Elaborar un plan de trabajo en dos etapas (primer año y 5 años), en coordinación con el OS-LAC y con el IHME.
- ▶ Realizar un diagnóstico de la disponibilidad y calidad de los datos existentes en métricas de salud para un grupo de indicadores básicos (mediante visitas a las agencias productoras de información y entrevistas con investigadores y actores clave).
- ▶ Realizar un diagnóstico sobre las capacidades institucionales y humanas sobre métricas de salud, así como sobre las necesidades de formación y entrenamiento.

Cómo empezar (2)

- ▶ Crear las primeras redes de investigadores (mediante acuerdos informales inicialmente, para mantener cierta flexibilidad):
 - *Financiamiento* (incluye cuentas de salud, nacionales y específicas, así como protección financiera)
 - *Servicios de salud* (calidad técnica, contabilidad de costos, disponibilidad de recursos humanos, infraestructura, medicamentos, tecnología).
 - *Condiciones de salud* (carga de enfermedad e intervenciones costo-efectivas).
- ▶ Una vez se consoliden estas redes, se crearían nuevos equipos, distinguiendo algunos temas más especializados.
- ▶ El trabajo inicial de estas redes estaría centrado en los vacíos de información relacionados con el PBS y, en general, con los que obstaculizan el avance de la reforma.
- ▶ A esto también contribuye la credibilidad de PLENITUD en el tema de financiamiento al sistema de salud.

Cómo empezar (3)

- ▶ Ofrecer colaboración al gobierno (y buscar su apoyo en datos y técnicos), teniendo como base el Plan de Trabajo.
 - SESPAS (ministerio de salud)
 - Secretaría de Economía
 - Secretaría de Trabajo
 - Superintendencia de Salud
 - Otros
- ▶ Promover y apoyar al gobierno en la aplicación de la evaluación recomendada por HMN (metodología participativa).

Cómo empezar (4)

- ▶ Establecer alianzas con universidades y centros de investigación, identificando los posibles roles de cada uno (en función del Plan de Trabajo de 5 años).
- ▶ Establecer alianzas con organismos internacionales que proveen asistencia al país.
- ▶ Hacer una línea de base del estado del arte de la investigación en sistemas de salud en la RD en las últimas décadas.
- ▶ Identificar las necesidades y prioridades de estudio para favorecer la reforma de salud.

Cómo empezar (5)

- ▶ Recopilar y analizar la información necesaria para contribuir al producto principal del OS en 2010: Informe sobre la Salud de LAC, a realizarse en colaboración con el IHME.
- ▶ Desarrollar una página web del OS–RD, interactivo, que será el centro de acopio de información, centro de reunión virtual y medio de comunicación permanente de los investigadores de las redes, a través de boletines especializados.
- ▶ Establecer un congreso anual, donde se difundan los trabajos realizados.

Incentivos

- ▶ En la RD se realiza muy poca investigación en general: sólo se hace cuando hay fondos para ello. En consecuencia, el incentivo fundamental para el investigador es monetario (en los países pobres hay mucha competencia por los recursos humanos calificados y hay poco estímulo a la investigación).
- ▶ Se necesitaría un grupo reducido de investigadores a tiempo completo para llevar a cabo algunas investigaciones y para promover la cultura en HME.
- ▶ El grueso de los estudios se realizarían a través de fondos concursables, a iniciarse en el segundo año (con términos de referencia muy bien elaborados, en base a las necesidades del sistema de salud dominicano y utilizando las metodologías y experiencias existentes en la CCHME).
- ▶ Estos mismos criterios se utilizarían para la elaboración de propuestas para otros financiamientos, así como para su publicación y difusión.

Incentivos

- ▶ Proyectos de investigación conjuntos con investigadores internacionales, miembros de la CCHME.
- ▶ Acceso a bases de datos y publicaciones periódicas internacionales.
- ▶ Oportunidades de capacitación y formación.
- ▶ Apoyo para realizar publicaciones en revistas internacionales.
- ▶ Financiamiento para publicaciones de libros.
- ▶ Participación en eventos internacionales para difundir los trabajos.

Sostenibilidad

- ▶ Plan de trabajo de largo plazo, realizado de común acuerdo con los miembros del OS-RD.
- ▶ Institucionalización del OS-RD, incluyendo su financiamiento básico.
- ▶ Credibilidad alcanzada por el impacto del trabajo del OS-RD, medido por los productos relevantes y de calidad entregados a la sociedad.
- ▶ Transparencia en la administración de los fondos.
- ▶ Obtención de apoyo del gobierno y de entidades internacionales de financiamiento.
- ▶ Capacidades desarrolladas en la obtención de recursos nacionales e internacionales.