

ESTIMACIÓN DEL COSTO DEL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SNS

Foro Nacional Atención Primaria en Salud
Auditorio de la Seguridad Social - INTEC
2 de junio de 2022



FUNDACION
PLENITUD

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*



para cada infancia

LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Alma Ata 1978: “salud para todos en el año 2000”.
- Astana 2018: la atención primaria en salud es el aspecto más importante para lograr “cobertura universal” o “salud universal”.
- La APS es el corazón de todo sistema de salud que funcione bien.
- Los sistemas de salud con una APS fuerte son los proveen servicios más equitativos, efectivos, eficientes, centrados en el paciente.
- Estos sistemas de salud son justamente los que poseen mejores resultados.
- Y de esta forma, contribuyen al crecimiento de la economía, al desarrollo social y a la creación de riqueza.

BENEFICIOS DE LA APS

- Efectividad demostrada en el control de las enfermedades crónicas que son las que causan la mayor carga de enfermedad
- Reduce los costos de la atención al ofrecer acceso a servicios preventivos y de promoción, así como diagnósticos y tratamientos tempranos para la mayor parte de las afecciones de salud.
- Enfoque centrado en las personas, al considerarlas como un todo y al responder de forma integral, lo que es más importante en casos de co-morbilidad.
- Evita y reduce admisiones y readmisiones a nivel hospitalario.
- Reduce la demanda de los costosos servicios de emergencia.

EN LA RD: DIVORCIO ENTRE EL MARCO LEGAL Y LA REALIDAD

- La estrategia fundamental del país en lo que concierne a la función de provisión de servicios de atención a las personas es la implementación de un modelo de atención fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS).
- La estrategia contempla que los proveedores públicos y privados estén adecuadamente articulados en redes integradas y descentralizadas.
- Las leyes de salud y seguridad social consagran la atención primaria en salud como el eje central de articulación del sistema.
- Tienen un enfoque de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, estableciendo el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.

ACUERDO DE UNICEF Y FUNDACIÓN PLENITUD

Realizar una estimación preliminar del costo de fortalecer el primer nivel de atención en la red pública, de cara a la implementación de la APS.

Alcance:

- En base a fuentes secundarias, realizar un costeo para de las inversiones en infraestructura, equipamiento, RRHH y capacitación para fortalecer el PNA del SNS.
- La estimación del financiamiento requerido se realizó para el período 2022-2030.
- Obtener la opinión de los actores claves y proponer una hoja de ruta para la implementación de la iniciativa.

CONTENIDO DEL ESTUDIO

- Marco conceptual, avances en ALC y buenas prácticas (Costa Rica, Uruguay, El Salvador, Colombia).
- El sistema dominicano de salud y diagnóstico preliminar del primer nivel de atención.
- La propuesta de SISALRIL para la puesta en marcha del primer nivel de atención en el régimen subsidiado.
- Las brechas en la oferta de servicios del primer nivel de atención público identificadas por el SNS.
- Estimación del financiamiento necesario para el fortalecimiento del PNA del SNS
- Propuesta de ruta crítica para su implementación.

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA ESTIMACIÓN



FUNDACION
PLENITUD

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*



para cada infancia

DOS FUENTES FUNDAMENTALES

- Los fondos que aportaría el SENASA a través de la aprobación y entrega de la cápita calculada en 2018 por la SISALRIL para implementar la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS).
- Los recursos presupuestarios adicionales necesarios para el cierre de brechas del Primer Nivel de Atención (PNA) del Servicio Nacional de Salud (SNS) en el período 2022-2030.

LA CARTERA DE APS COSTEADA POR SISALRIL

1/2

- Tiene un enfoque individual y familiar, considera la salud como un proceso transdisciplinar y continuo, y busca que se atienda la salud antes de que aparezca la enfermedad. Su finalidad es agregar valor en términos de resultados en salud, minimizando riesgos y reduciendo la variabilidad en el manejo de la enfermedad.
- Integra en el catálogo de prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) coberturas explícitas del Primer Nivel de Atención (PNA) y de servicios de prevención secundaria y terciaria de enfermedades crónicas priorizadas como la hipertensión arterial y diabetes.
- Garantiza el acceso sin ninguna barrera (sin copagos) e independientemente de su capacidad de pago a todos los afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS) de la seguridad social.

LA CARTERA DE APS COSTEADA POR SISALRIL

2/2

- Incluye medicamentos correspondientes a problemas básicos de salud, incluyendo las coberturas garantizadas para problemas priorizados a lo largo de la vida.
- Se basa en la estrategia de APS y se corresponde con el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud definido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).
- Aspira a diversificar las modalidades de contratación y pago. Promueve la gestión compartida del riesgo en salud, como forma de articulación entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).

LA PROPUESTA DE LA SISALRIL - \$126.56 (incluyendo 10% de gasto administrativo)

Per cápita mensual requerido para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL			
Per cápita mensual requerido para el PNA	Per cápita correspondientes a gastos actuales		Per cápita adicional por propuesta SISALRIL
		<i>Per cápita mensual cubierto por SeNaSa RD\$24.72</i>	<i>Per cápita mensual cubierto por SNS RD\$65.55</i>

Fuente : SISALRIL

CONSIDERACIONES PARA ESTE ESTUDIO

- El per cápita de RD\$126.56 sería suficiente para financiar las prestaciones contenidas en la propuesta de APS de la SISALRIL bajo las condiciones actuales.
- El estudio contempla un proceso de inversión y mejora continua del PNA de la red pública que se desarrollaría en el período 2022-2030, partiendo de levantamientos de brechas de necesidades de Centro de Primer Nivel de Atención (CPNA) y de RRHH identificadas por el SNS en 2017 y 2020.
- Las brechas anteriores, identificadas por el SNS, incluyeron la población nacional pero el estudio las ajustó para la población del Régimen Subsidiado.
- Además, se añaden reparaciones a CPNA actuales y el gasto de capacitación de personal clínico y administrativo del Primer Nivel de Atención.
- El conjunto de acciones anteriores conllevaría la mejora del acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud que recibiría la población.

ESTIMACIÓN FINANCIERA

- El primer paso consistió en proyectar las brechas de construcción y equipamiento de Centro de Primer Nivel de Atención (CPNA) de cara al 2030, a partir de las determinadas por el SNS en 2017.
- Los datos de población se tomaron de las estimaciones de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
- La población del régimen subsidiado se proyectó partiendo de su crecimiento hasta el año 2019.
- Como las inversiones para el cierre de brechas no se realizaría en un solo año, se tomó el 2030 como horizonte para completarlas, tomando en cuenta la proyección del crecimiento de población nacional y subsidiada.

CPNA NECESARIOS PARA LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Brechas total y del Régimen Subsidiado 2030				
Población	Total		Subsidiada	
	CPNA	UNAP	CPNA	UNAP
Infraestructuras	CPNA	UNAP	CPNA	UNAP
CPNA 1 UNAP	569	569	253	253
CPNA 2 UNAP	417	835	185	370
CPNA 3 UNAP	330	990	146	439
CPNA 4 UNAP	173	693	77	307
CPNA 5 UNAP	64	319	28	141
CPNA 6 UNAP	52	312	23	139
Total CPNA	1,605	3,717	712	1,650

Como la estimación corresponde a la población del Régimen Subsidiado, se determinó la cantidad de CPNA y UNAP a partir de la proporción de esa población con relación al total nacional en 2019 (44%).

RECURSOS HUMANOS

- Se partió del modelo de atención aprobado por el Ministerio de Salud Pública que indica para cada UNAP un médico familiar, una enfermera y cinco promotores de salud. (MSP, 2017).
- La estimación necesidades de RRHH del SNS de 2020, requerida para el cierre de brechas en ese momento, ascendió a: a) personal médico no pasante: 355, b) personal de enfermería: 144 y c) promotores de salud: 2,845.
- Luego se proyectó el personal necesario para la cantidad de CPNA y UNAP que se construirían y crearían anualmente, en el período 2022-2030, equivalente a un total de 1,982 médicos, 1,768 enfermeras y 10,981 promotores de salud.

BRECHA DE RECURSOS HUMANOS AL 2030



Brechas RRHH 2030 CPNA Régimen Subsidiado			
Personal de Salud	Por CPNA	Brecha	Total
	2030	2020	2030
Médico	1,627	355	1,982
Enfermería	1,627	141	1,768
Promotores	8,136	2,845	10,981

La brecha o necesidades de RRHH del primer nivel de atención para el Régimen Subsidiado en el 2030, se estableció proyectando la identificada por el SNS en el 2020 más las generadas por los nuevos CPNA que se construirían en el período 2022-2030.

CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

- Además de contratar recursos humanos, se contempla una capacitación de al menos un año otorgando un título de especialidad por una universidad reconocida en el país, tanto del personal médico como de enfermería y los promotores de salud.
- Se costea en base a una formación virtual, con facilitadores nacionales e internacionales, en plataforma Moodle, incluyendo presentaciones grabadas, bibliografía de apoyo, biblioteca y recursos complementarios como videos y sitios web.
- Se propone entregar una laptop por persona, con complementos y conexión a internet.

RESULTADOS



FUNDACION
PLENITUD

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*



para cada infancia

FINANCIAMIENTO ADICIONAL REQUERIDO (MILLONES)

Per cápita	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Adicional PDSS para APS	1,278	1,350	1,420	1,488	1,557	1,625	1,694	1,763	1,833
Brechas construcciones CPNA	712	725	738	751	764	778	792	806	820
Brechas equipamiento CPNA	75	78	80	83	86	89	92	95	99
Brechas RRHH	397	601	1,099	1,632	2,202	2,810	3,459	4,151	4,888
Capacitación	214	217	221	225	229	233	238	242	246
Centros Diagnósticos	224	241	283	326	374	426	482	544	611
Total	2,899	3,212	3,841	4,506	5,212	5,961	6,757	7,601	8,497

NECESIDAD DE UN CAMBIO EN LAS PRIORIDADES

1/2

- El financiamiento adicional necesario en el año 2022 es inferior a 3,000 millones de pesos. Con ese monto se podría mejorar los servicios de más de 5 millones de personas.
- El SNS destina el 70% de su presupuesto a cubrir los niveles especializados de atención (alrededor de 30,000 millones de pesos) y sólo el 15% al primer nivel de atención.
- En el régimen subsidiado de SENASA, también se prioriza la atención especializada y el 33% de su presupuesto se va en intervenciones de alto costo y menos del 1% a promoción y prevención.

NECESIDAD DE UN CAMBIO EN LAS PRIORIDADES

2/2

- El MSP posee un programa de medicamentos de alto costo con elevado presupuesto para pacientes con problemas graves de salud. Muchos de estos fondos no serían necesarios si existiera un primer nivel de atención enfocado en la prevención que evitara las complicaciones de los problemas de salud.
- Ello no sólo se revertiría en una mejor calidad del gasto sino, sobre todo, en una mejor salud y un menor sufrimiento para la población.

ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS

- La estimación de este estudio se realizó considerando exclusivamente la utilización y fortalecimiento de la red pública del SNS.
- Pero existe también la posibilidad de integrar proveedores privados a la red pública, con y sin fines de lucro, mediante modalidades de alianzas público-privadas.
- En este caso, parte de los recursos presupuestarios que se destinarían al cierre de brechas, tendrían que ser reasignados a SeNaSa para que los utilice en adquirir servicios de esos PSS.
- Adicionalmente, si se implementan nuevas modalidades de gestión en la provisión pública y se habilitan estos centros, habría la posibilidad de facturar los servicios de salud que se entreguen a toda la población contributiva que acuda a ellos, disminuyendo la carga del presupuesto público.

RUTA CRÍTICA

La ruta crítica propone actividades que se desarrollarían en tres niveles que se mencionan a continuación y que se encuentran detallados en el estudio:

- **Nivel macro:** corresponde a la esfera ejecutiva del Gobierno y principales cabezas del sector salud. De forma específica: la vicepresidenta de la República y la más alta dirección del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Servicio Nacional de Salud (SNS), de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa).
- **Nivel meso:** se refiere al equipo directivo de los Servicios Regionales de Salud (SRS), Gerencias de Áreas y Zonas.
- **Nivel micro:** concierne a los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) y a las Unidades de Atención Primaria (UNAP).

¡MUCHAS GRACIAS!



FUNDACION
PLENITUD

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*



para cada infancia