

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:
AJUSTE DE UN PLAN DE BENEFICIOS
EXPLÍCITO: LA EXPERIENCIA DE REPÚBLICA
DOMINICANA

*Presentado por James A. Cercone, con una introducción
de Juana González. Agosto 2016*

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2016 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.



AJUSTE DE UN PLAN DE BENEFICIOS EXPLÍCITO: LA EXPERIENCIA DE REPÚBLICA DOMINICANA

AGOSTO 10, 2016

Esta es la transcripción del seminario en línea en que **James A. Cercone**, acompañado en la introducción por **Juana González**, abordó el proceso de ajustes del plan explícito de beneficios en salud, PDSS, de la República Dominicana.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG



2002, era un Plan que en principio no tenía restricciones más allá de lo descrito en el catálogo de beneficios.

Para el 2007, el Consejo Nacional de Seguridad Social, en el marco de un acuerdo nacional, que estuvo incluso encabezado por el Presidente de la República, aprobó una modalidad del plan básico original que se denominó Plan de Servicios de Salud (PDSS). En este acuerdo participaron miembros de la sociedad civil, el Colegio Médico Dominicano, la Iglesia, y actores/sectores que tienen la decisión en acuerdos de esta índole.

En principio, el PDSS en esta modalidad presentaba una serie de limitaciones de topes de cobertura financiera que incluye co-pagos y cuotas moderadoras. La propia ley establece el co-pago del 30% de los precios en farmacias pero aquí también se establece un tope financiero de protección, es decir, que debería estar de acuerdo al catálogo pero también el tope financiero. Por ejemplo, tenía la cobertura de 1 millón de pesos por año por persona, y para enfermedades catastróficas alrededor de 21,700 dólares por año por persona (por póliza, por año). En cuanto a los medicamentos eran aproximadamente 65 dólares por año, por persona, independientemente de la condición de salud de la persona.

INTRODUCCIÓN DE JUANA GONZÁLEZ:

(Minuto 00:21:11)

Nuestro Plan de beneficios está establecido como un derecho en la Ley de Seguridad Social Dominicana, y está establecido que el Consejo Nacional de Seguridad Social es quien aprueba este Plan. Nuestro primer Plan se aprobó en el año 2012 e inició con la aplicación para el régimen subsidiado, que es el régimen que cubre y protege a todas las personas que son desempleadas, personas con discapacidad, trabajadores informales por cuenta propia pero que tienen ingresos inferiores al salario mínimo nacional y personas en condiciones de indigencia. Este Plan en el año

A partir de ahí la ley establece que se revisa cada año ese plan y que se puede revisar cada seis meses de acuerdo a la necesidad. Durante todo ese periodo del 2007 hasta ahora, el plan ha sido adaptado en varias ocasiones. En algunas de ellas ha tenido ampliaciones de la cobertura atendiendo a la incorporación de nuevos procedimientos, medicamentos, etc. En otras ocasiones sólo ha sido ajustado en materia de inversión per cápita. Desde su inicio ha sido motivo de reclamaciones frecuentes de diversa naturaleza. Estas reclamaciones se reciben a través de un mecanismo que el propio sistema tiene, como la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados. Igual han sido recibidas a través de las propias entidades del sistema como la Superintendencia y, además, a través de reclamos de índole judicial/legal, llegan recursos al Consejo haciendo solicitudes, a través de la prensa y otras solicitudes, por ejemplo de grupos de pacientes.

Las dificultades están en varias esferas. Por ejemplo, unas tienen que ver con el contenido del catálogo, la manera como está nombrada la cobertura; el tema de la interpretación a que se presta ese tipo de forma de nombrarla, en algunos casos la descripción tan detallada y en otros casos no; también el tema de la integralidad de la atención que está descrita: tenemos el caso que hay muchas patologías que no tienen una respuesta dentro del

Plan o tienen una respuesta condicionada o limitada. Otra limitación es que si alguien va a hacer un procedimiento puede encontrar que algunos elementos no están cubiertos. Por ejemplo, cubre el acto quirúrgico pero no cubre el material de osteosíntesis; o dice que cubre la hemodiálisis, pero no cubre la inserción del catéter requerido para él. Hay una serie de dificultades en este sentido.

También en el tema de los medicamentos existía hasta octubre del año pasado, en el momento de la consultoría, la limitante que si estaba nombrada una presentación de cierto tipo y la prescripción venía con una presentación diferente, tampoco era cubierto ese servicio o ese medicamento por esa razón.

Otros elementos tienen que ver con los temas sistémicos que no son solamente nuestros, sabemos que hay también problemas en otros países. Hay un tema de desregulación de los prestadores de servicios en el país, hay cobros indebidos a los afiliados, adicionales a lo que está establecido. Otro ejemplo es cuando uno entra a emergencias y de ahí pasa a internamiento, el tema del cobro de un depósito, como se llama aquí, como garantía para el prestador. Son una serie de condiciones que son sistémicas; también la falta de protocolos de atención o de los que hay desactualizados. También está el tema de la

forma de la contratación, muchos casos donde hay prácticas costosas que se favorecen y procedimientos incluso innecesarios. Hay una serie de situaciones sistémicas que se presentan dentro de las quejas que la gente plantea.

Con el propósito de buscar una solución, el Consejo solicitó a la Superintendencia en su momento, hacer una revisión profunda del Plan. Esa revisión se hizo. La Comisión Permanente de Salud del Consejo es la entidad responsable de ese proceso, y entendió que es necesario hacer una revisión más profunda. Ahí surge el tema de hacer una consultoría para esa revisión más profunda, que fue condicionada a que tuviera un alto nivel de participación de todos los actores, responsables o vinculados directamente a eso y también que tuviera una relevancia de participación el Ministerio de Salud Pública, como rector del sistema, y además que nosotros pudiéramos ganar como país competencias en este sentido. Para ello la Comisión Permanente de Salud conformó la Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) en la que participaron técnicos de diferentes sectores que están en el Consejo, por ejemplo en el sector empleador, la parte privada fueron sus representantes técnicos. Tuvimos la participación pública, tuvimos también el Colegio Médico Dominicano, tanto el colegio como entidad, pero también representantes de sociedades médicas especializadas. Al igual el Ministerio

tuvo una gran representación amplia, por ejemplo de epidemiología, medicamentos, planificación, etc. La Superintendencia, por supuesto, como es el organismo que tiene la mayor responsabilidad dentro del sistema para este tema, también tuvo una participación muy activa. Quisiera reconocer el esfuerzo del Ministerio en su rol y sus marcos como políticas públicas que tuvieron que aportarnos y de la Superintendencia que ha hecho un trabajo muy significativo para todo este proceso.

Así se inició este proceso y comenzamos los trabajos. En todo el proceso hubo incluso más participaciones, por ejemplo las ARS, que son las más pequeñas del mercado, los prestadores de servicios de diferentes modalidades; se hicieron consultas con la sociedad civil, incluso comunicadores y una amplia participación de los actores de todo país que de alguna forma tuvieron una vinculación.

Dentro de los mayores obstáculos, estaba el tema de los datos que el sistema genera. El sistema genera una gran cantidad de datos, pero todavía tenemos debilidad en ese sentido que dificulta que nosotros podamos llegar a decisiones más cercanas a las realidades. También fue un gran reto ponernos de acuerdo tantas personas trabajando juntos, tantos técnicos con tanta pasión, pero llegamos a determinados niveles de acuerdos aceptables, sobre todo

en materia de las decisiones operativas, de los criterios de priorización, etc.

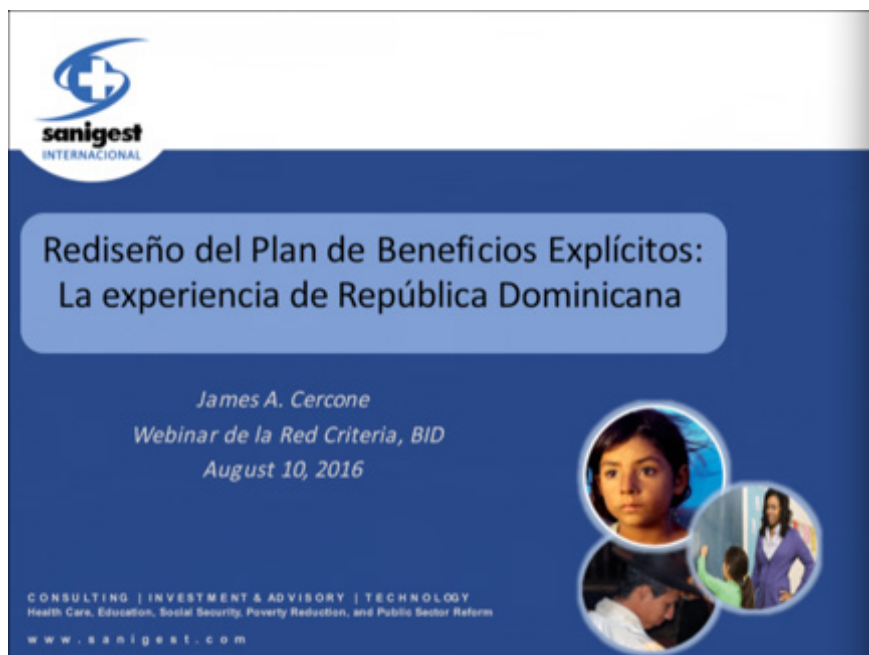
Otro elemento es que cada sector mira sus propios intereses, lo cual es legítimo, y en algún momento se podrían presentar fricciones pero de todas formas siempre de alguna manera se fueron salvando las situaciones. Entre las cosas que entiendo que necesitamos trabajar para que esto pueda ser efectivo -porque la consultoría terminó de hacer su trabajo- pero nos queda un trabajo interno importante, que es poder acordar cómo y bajo qué condiciones vamos a comenzar. Eso debe ser trabajado y se está reiniciando este trabajo en este momento con la Comisión Permanente de Salud, de manera que en un tiempo determinado lo podamos cumplir y empezar este gran reclamo de la población de las mejoras que realmente sean efectivas.

Entre las cosas que tenemos como retos es que logremos acordar un contenido lo más amplio posible dentro de la posibilidad financiera del sistema en este momento, con miras a que mejore. También el tema de reservar el hecho de las prestaciones garantizadas que estamos introduciendo, le hemos llamado CIGES dentro del proceso, de manera que toda mejora al plan de aquí en adelante debería estar orientada en esa situación de poder hacer garantías. Eso implica el 100% de cobertura para lo que se incorpore ahí.

Otro elemento es la necesidad de mejorar nuestro sistema de información y ajustarlo a lo requerido para poder tener la información que necesitamos, que vincule, por ejemplo, las intervenciones con los casos y los diagnósticos.

Un tema al que también es importante avocarnos, es más al uso y a contribuir en que se formulen todos los protocolos y guías clínicas, el tema de avocarnos más en el Sistema de Seguridad Social a la vigilancia epidemiológica, la regulación y de hacer los ajustes que sean necesarios. Otro elemento es el inicio del primer nivel de atención para el régimen contributivo que ha sido una situación difícil de salvar, ya que aún no ha habido una respuesta sistémica para esos fines, y se necesita. Pienso que no es posible, aunque tengamos todo lo descrito, lograr una efectiva aplicación si no hay un acuerdo entre las partes. Es un acuerdo en el que realmente todo el mundo se comprometa y cumpla de forma efectiva con lo que se compromete, cada quien en su rol y naturaleza dentro del parámetro y de las reglas que le competan. Incluso si hay la necesidad de hacer un acuerdo nacional de alguna manera, hacerlo.

También es importante fortalecer la supervisión, mayores herramientas y más robustez a la supervisión en la aplicación de toda la cobertura que se apruebe en este nuevo plan.



AGENDA

(Minuto 00:44:48)

Tengo organizada la presentación de hoy en cinco capítulos simplemente para: 1) Dar una reseña general del ámbito en el que nosotros iniciamos el proyecto. 2) Explicar un poco sobre la metodología de priorización que aplicamos para el proyecto. 3) Entrar en detalle a lo que nosotros llamamos “Las coberturas integrales en salud (CIGES)” y explicar por qué y en qué sentido eso formó la parte central del proyecto. 4) Hablar un poco sobre el tema de costeo y financiamiento. 5) Dejar algunas lecciones aprendidas.



Generalidades

Situación del Sistema Nacional de Salud (SNS) Dominicano en las últimas décadas:

- Aspectos del rediseño del SNS y se adopta:
  - Ley General de Salud 42-01 (LGS)
  - Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social 87-01 (SDSS).
- Nuevo Modelo pretende:
  - Reforzar Primer Nivel
  - Garantizar el acceso y equidad a toda la población a servicios esenciales de salud; Plan Básico de Servicios (PBS) independientemente del régimen (Contributivo-Subsidiado).
  - Logró disminución mortalidad (materno-infantil) y resultados positivos indicadores salud, sin embargo aún persisten retos en los resultados de salud y acceso.

www.sanigest.com  Slide 5

en papel o en el catálogo que usted tiene derecho a un servicio de resonancia magnética, por ejemplo, pero si no hay resonancia magnética en la región donde usted reside, ¿cuán real es ese derecho? Eso es un poco lo que nosotros anotamos en la situación inicial donde nosotros detectamos brechas importantes en términos de la calidad del acceso que existía en la práctica.

GENERALIDADES

(Minuto 00:45:47)

Nosotros arrancamos con un Sistema Nacional de Salud (SNS) en constante revisión y rediseño, con una necesidad de reforzar el primer nivel de atención. Y sobre todo con unas mejoras importantes en las tasas de mortalidad, materno-infantil y otros resultados muy positivos en términos de la disminución de las brechas en salud. Pero con retos importantes en términos de resultados entre los niveles socioeconómicos, entre áreas geográficas, y aspectos importantes en términos de acceso: una cosa es poner



Generalidades

Retos del SNS en la últimas décadas:

- Entre las principales razones para rediseñar el Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS):
- Reto de cobertura: sólo el 60% población cubierta (35% RC – 25% RS).
- Insatisfacción sobre calidad de servicios.
- Quejas en la prestación de los servicios (exclusiones-inclusiones)
- Niveles de financiamiento
- Gasto de bolsillo elevado (G.Bolsillo/GastoPrivSalud=66% (Rathe 2012).
- PDSS desactualizado desde el 2009 (norma establece cada 2 años).
- Cuadro Básico de Medicamentos (2005, nueva actualización 2015).
- 2013 Sisalril presentó propuesta sometida a revisión ante la CNSS.

CNSS solicitó apoyo técnico para revisión y actualización del PDSS actual.

el cuadro en medicamentos en diez años. También había otros aspectos que estaban ya desactualizados totalmente en el Plan actual. Y había esfuerzos importantes de la Superintendencia de haber remitido una revisión previa en el año 2013, pero que nunca fue implementado. Pero todos esos fueron insumos para nosotros hacer una revisión y actualización del Plan Básico de Salud.

GENERALIDADES

(Minuto 00:47:09)

En términos de las brechas reales había varias realidades de las que partimos: primero, había un reto importante en la cobertura, en el sentido de que apenas un 60% de la población estaba cubierto realmente con el plan de beneficios que existía en ese momento. Había temas importantes en términos de la satisfacción o la calidad de acceso. Limitaciones financieras importantes en términos del riesgo financiero que tenía cada individuo. Gasto de bolsillo elevado: hasta un 60%. Una desactualización del Plan, en el sentido de que no se había actualizado, por ejemplo,

Diseño General del Proyecto (visión)

Actividades principales desarrolladas durante el proyecto:



www.sanigest.com



Slide 8

Retos para la Priorización

- Basado en evidencia
- Amplia participación de actores clave
- Involuramiento del gremio médico
- Fundamentada en la equidad de acceso y resultados
- Sustentado en mejores prácticas en términos del costo y guías clínicas.
- Fuerte participación de Ministerio y Superintendencia
- Rectoría del Consejo sobre el cumplimiento y evolución del sistema

www.sanigest.com



Slide 10

DISEÑO GENERAL DEL PROYECTO (VISIÓN)

(Minuto 00:48:38)

Nuestro “approach” para el proyecto estaba diseñado en cuatro etapas: 1) Verificación y validación de información. 2) Preparación metodológica y definición de guías que iban a definir el diseño del sistema. 3) Análisis económico y viabilidad financiera en que nosotros pretendemos analizar los costos del nuevo Plan y comparar eso con el espacio fiscal para determinar cuán viable era la instrumentación del sistema. 4) Cierre y lecciones aprendidas del proyecto.

RETOS PARA LA PRIORIZACIÓN

(Minuto 00:49:27)

Algunos retos importantes para nosotros en cuanto al diseño del Plan que fueron establecidos por los actores claves fueron: 1) Tenía que ser basado en evidencia: parte de los problemas presentados anteriormente habían sido “caja negra”, es decir, que cuando preguntaba, por ejemplo, por qué esto está incluido y esto no, nadie sabía explicar por qué se debería incluir uno u otro procedimiento y, en la práctica, mucho estaba tomado de otros países de

referencia sin haber aplicado una metodología rigurosa para determinar cuál debería ser la priorización específica para el país. 2) La necesidad de tener una amplia participación dentro de los actores claves. Juana les explicaba en qué sentido nosotros abordamos los actores claves para poder asegurar que fuera un proceso participativo: hasta los grupos especializados, pero también hasta miembros de la sociedad civil que queríamos tener involucrados. 3) Una alta participación de los gremios y las especialidades médicas para poder diseñar los protocolos y asegurar que todo fuera adaptado a las necesidades y a la realidad local. 4) Un eje central para nosotros fue la necesidad de asegurar equidad de acceso y resultados, y poner al centro del nuevo plan el fundamento básico de que todos tienen que tener derecho al mismo nivel de servicio en las mismas condiciones. 5) También sustentado en las mejores prácticas en términos del costo y guías clínicas. 6) Con la alta participación de las entidades regulatorias del país, tanto del Ministerio como de la Superintendencia. 7) Y con una necesidad de fortalecer la rectoría del Consejo sobre el cumplimiento y evolución del sistema, de manera que nosotros, como firma, no creamos una parte esencial del proceso en el futuro, sino que el país y los actores podrían fomentarlo en las rondas sucesivas.



PROCESO EN EL REDISEÑO DEL PBS

(Minuto 00:52:08)

El proceso en realidad para nosotros abordó tres etapas: 0) Como paso “cero” nosotros hicimos una revisión del ordenamiento y actualización del Plan para tratar de eliminar obsolescencias; para asegurar que medicamentos nuevos que habían surgido en los últimos diez años estaban considerados y para hacer un reordenamiento de la estructura y su simplificación para que fuera un poco más lógico. Uno de los problemas que encontramos –que

comentaba Juana— era que había mucha duplicación, es decir, el mismo producto se encontraba en cinco diferentes capítulos y eso complicaba mucho la aplicación del criterio en el momento de facturación. 1) El siguiente paso fue la priorización: básicamente nosotros teníamos que determinar cuáles eran los criterios que se querían usar en el país; cómo se deberían priorizar esos criterios; quién debería estar involucrado en el proceso de priorización; cómo podríamos asegurar la transparencia y la legitimidad del proceso; y cómo podríamos al final justificar la selección de las prioridades que estamos presentando para definir tanto los ajustes en el plan como lo que determinábamos como “CIGES”, en cuanto a garantías aseguradas. 2) Y, terminábamos con una selección de servicios específicos con el CIGES con guías clínicas para cada una de las áreas prioritarias con una definición de insumos esperados, volúmenes esperados, y al final costos estimados para cada una de las prioridades y para el plan en general para poder evaluar la viabilidad financiera del proyecto.

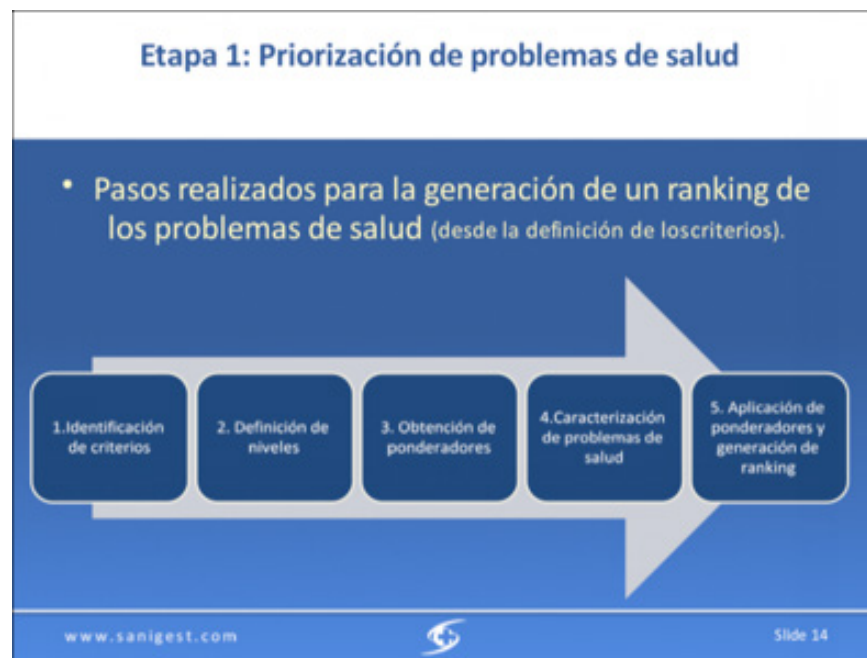


CONSIDERACIONES INICIALES

(Minuto 00:54:40)

Ahora voy a entrar en detalle en cada una de estas áreas para entender un poco el proceso. Una de las consideraciones iniciales que es importante entender es que había una alta consideración de los actores locales sobre la necesidad de ampliar el criterio y no solamente considerar la carga de enfermedad, sino considerar otros elementos como la severidad, la equidad, costo-efectividad, aspectos

geográficos, etcétera, para poder entender realmente cuál era un marco multi-criterio para la aplicación en el país y para la definición de los niveles de priorización. Entonces eso nos permitió una priorización en dos sub-etapas donde primero establecimos la lista larga, y de esa lista larga establecimos una sub-priorización para poder determinar cuáles eran las áreas donde el país más necesitaba enfocarse para asegurar las garantías que nosotros llamamos CIGES. Entonces, en esa etapa nosotros aplicamos, a través de varias mesas de trabajo de todos los actores claves, una encuesta en línea utilizando un software que se llama “Thousand Minds” que nos permitió básicamente percibir las preferencias de los participantes en cuanto a los diferentes criterios que nosotros estábamos priorizando.

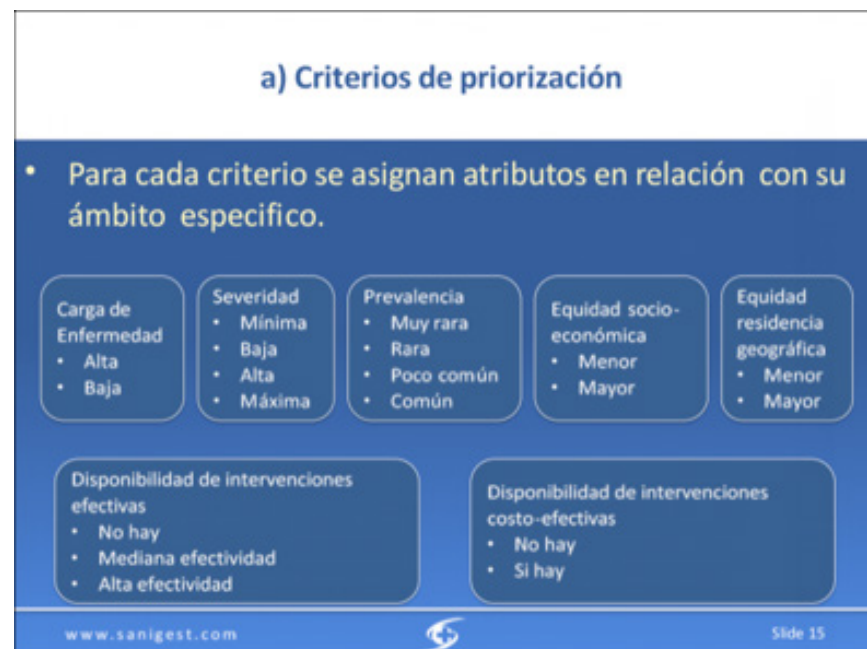


PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

(Minuto 00:54:40)

Entonces, aplicando en este ambiente un MCDA o un “Motive Decision Framework” nosotros aplicamos la metodología para hacer el “ranking” de las pruebas de salud del país. Ese ranking nos permitió aplicar la metodología del software, del MCDA y determinar cuál era el “ranking” ponderado de acuerdo con el criterio de los participantes. Había mucha discusión entre los participantes sobre cuál es la

composición óptima de la gente que está siendo tomada en cuenta para definir la ponderación. Había gente que quería incluir solamente el criterio técnico, expertos como economistas y en salud pública, había otros que querían incluir hasta figuras religiosas para asegurar que la sociedad civil estuviera representada. Al final hicimos un híbrido y tratamos de incluir un criterio amplio, pero tal vez no tan amplio como alguna gente hubiera querido. La ventaja de la metodología es que uno después puede aplicar los ajustes o las ponderaciones que quisiera para tratar de dar más peso, por ejemplo, a criterios de los médicos, a los criterios de los economistas de salud, en lo que concierne a la ponderación.



CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

(Minuto 00:58:15)

Pero en realidad fue una experiencia muy rica que nos permitió tomar estos criterios que se ven aquí: carga de enfermedad, severidad, prevalencia, equidad, aspectos geográficos, disponibilidad de intervenciones efectivas, costo-efectividad de las intervenciones. Estos son los criterios que típicamente se aplican. Lo que nosotros pudimos hacer era aplicar la metodología de multi-criterio: un peso específico a cada uno de estos. ¿Y cómo podemos

entonces ponderar? Por ejemplo, aplicamos para severidad: mínima, baja, alta, máxima. Y así, cada una con un peso diferente de manera que se puede aplicar el multi-criterio.

entre dos alternativas. Por ejemplo, una enfermedad como diabetes con una carga de enfermedad alta pero con una severidad baja, y otro como glaucoma que tiene una carga de enfermedad baja, pero con una severidad muy alta en términos de morbilidad y mortalidad. Entonces le pide el software definir cuál es el que tiene mayor prioridad para usted, en este caso, y se va tabulando los resultados a lo largo de una serie de preguntas para que el software después nos diga cuál es la importancia relativa de cada uno de los criterios que se tienen.

b) Obtención de ponderadores
Conjoint Analysis usando método PAPRIKA

- Pretende responder una serie de preguntas basándose en juicios subjetivos y experiencia

Problema A (diabetes)	Problema B (glaucoma)
• Carga de enfermedad <u>alta</u> (problema dentro de los 25 problemas con mayor carga del país) • Severidad <u>Baja</u> (Problema de salud que afecta la calidad de vida pero no provoca discapacidad)	• Carga de enfermedad <u>baja</u> (problema fuera de los 25 problemas con mayor carga del país) • Severidad <u>máxima</u> (Problema de salud que amenaza la vida)

Asuma que el resto de los criterios se comportan igual para ambos problemas

¿Cuál problema elige Ud.?

OBTENCIÓN DE PONDERADORES

(Minuto 00:59:08)

Entonces al final, básicamente, la encuesta lo que hace es un análisis en conjunto usando una metodología que se llama “PAPRIKA” que básicamente hace que uno elija

c) Aplicación de ponderadores y generación de ranking

- El procedimiento para asignar orden de prioridad a los criterios con base en ponderadores

- Se asignan puntajes de 0 a 3 dependiendo del atributo del criterio, generándose un porcentaje de utilidad marginal que sirve para ponderar cada criterio utilizado (se han retirado los resultados en cero)

Atributo	Puntaje	Utilidad Marginal (%)
Carga de Enfermedad	1	12.3%
Severidad	1	8.7%
Severidad	2	14.5%
Severidad	3	19.6%
Prevalencia	1	6.9%
Prevalencia	2	13.0%
Prevalencia	3	20.0%
Intervenciones efectivas	1	11.1%
Intervenciones efectivas	2	18.2%
Equidad socioeconómica	1	9.7%
Equidad geográfica	1	6.8%
Intervenciones costo-efectivas	1	13.4%

- El software 1000minds otorga las utilidades marginales normalizadas a 100 %

www.sanigest.com



Slide 17

cada uno de estos criterios de acuerdo con la votación de los usuarios.

Ejemplo VIH

- Para cada criterio se genera una ponderación

Enfermedad (VIH)	Perfil (niveles)	Utilidades marginales según nivel
Carga de Enfermedad	1	0.123
Severidad	3	0.196
Prevalencia	2	0.130
Disponibilidad de intervenciones efectivas	2	0.182
Equidad por estrato socio económico	0	0.000
Equidad por región geográfica	0	0.000
Disponibilidad de intervenciones costoefectivas	1	0.134
Puntaje final		0.765

www.sanigest.com



Slide 18

APLICACIÓN DE PONDERADORES Y GENERACIÓN DE RANKING

(Minuto 01:00:06)

Y le calcula, entonces, una marginalidad de cada uno, de acuerdo con el criterio, por ejemplo, uno recibe 8.7%, dos 14.5%, tres 19.6% puntos, y así sucesivamente para cada uno de los criterios. El software genera exactamente el peso de

EJEMPLO VIH

(Minuto 01:00:42)

Aquí se ve el ejemplo del VIH con la ponderación respectiva en cada uno y un puntaje final.

Ejemplo: Resultados Preliminares

Problema de Salud	Puntaje 1	Ranking	Puntaje 2	Ranking
Cáncer de próstata	0,918	4	0,930	1
Insuficiencia renal etapa 4 y 5	0,929	1	0,928	2
Politraumatismos	0,929	1	0,928	2
Trauma encefálico	0,929	1	0,928	2
Neumonía Adquirida en la Comunidad	0,875	5	0,878	5
Cáncer de mama	0,847	6	0,858	6
Complicaciones neonatales de pretérmino	0,841	7	0,835	7
Glaucoma	0,820	8	0,826	8
Vicios de refracción	0,820	8	0,826	8
Catarata	0,820	8	0,826	8
Fractura de cadera	0,820	8	0,826	8
Meningitis meningocócica	0,767	13	0,800	12
Cáncer de pulmón	0,774	12	0,798	13
Hepatitis C	0,763	14	0,768	14
Úlcera péptica y duodenal	0,763	14	0,768	14
Reflujo gastroesofágico	0,763	14	0,768	14
Enfermedad de las vías biliares	0,763	14	0,768	14
Psoriasis	0,763	14	0,768	14
Hernia del núcleo pulposo	0,763	14	0,768	14
Osteoartritis (artrosis)	0,763	14	0,768	14
Litiasis renal	0,763	14	0,768	14
Hiperplasia prostática	0,763	14	0,768	14
Urgencia odontológica	0,763	14	0,768	14

EJEMPLO: RESULTADOS PRELIMINARES

(Minuto 01:00:54)

Lo cual nos permitió después obtener una tabla larga de todos los problemas de salud ranqueados de acuerdo con los resultados y una priorización conjunta de lo que son los resultados. Es interesante notar que, de acuerdo con la metodología, dentro de los primeros resultados que están aquí no se ve por ejemplo diabetes, ni hipertensión, ni embarazo.

Ejemplo: Resultados Preliminares

Problema de Salud	Puntaje 1	Ranking	Puntaje 2	Ranking
Cáncer de próstata	0,918	4	0,930	1
Insuficiencia renal etapa 4 y 5	0,929	1	0,928	2
Politraumatismos	0,929	1	0,928	2
Trauma encefálico	0,929	1	0,928	2
Neumonía Adquirida en la Comunidad	0,875	5	0,878	5
Cáncer de mama	0,847	6	0,858	6
Complicaciones neonatales de pretérmino	0,841	7	0,835	7
Glaucoma	0,820	8	0,826	8
Vicios de refracción	0,820	8	0,826	8
Catarata	0,820	8	0,826	8
Fractura de cadera	0,820	8	0,826	8
Meningitis meningocócica	0,767	13	0,800	12
Cáncer de pulmón	0,774	12	0,798	13
Hepatitis C	0,763	14	0,768	14
Úlcera péptica y duodenal	0,763	14	0,768	14
Reflujo gastroesofágico	0,763	14	0,768	14
Enfermedad de las vías biliares	0,763	14	0,768	14
Psoriasis	0,763	14	0,768	14
Hernia del núcleo pulposo	0,763	14	0,768	14
Osteoartritis (artrosis)	0,763	14	0,768	14
Litiasis renal	0,763	14	0,768	14
Hiperplasia prostática	0,763	14	0,768	14
Urgencia odontológica	0,763	14	0,768	14

Diabetes - # 40
Hipertensión - # 40
Embarazo - # 40
Salud Mental- # 92

EJEMPLO: RESULTADOS PRELIMINARES

(Minuto 01:01:29)

Y, si realmente revisamos dónde terminaron estos problemas de salud, diabetes está en la posición 40 junto con la hipertensión y embarazo; y salud mental está en la posición 92 de todos los problemas de salud. No obstante, aquí se aplicó un segundo criterio de prioridad nacional en algunas áreas específicas, como el tema de salud mental, que a pesar de que queden en multi-criterio no se dé un “ranking” alto,

pues es una prioridad nacional y, por lo tanto, nosotros lo subimos dentro de la lista de las prioridades del país.

Etapa 2: Selección de Servicios

Con los problemas de salud priorizados se inicia el trabajo de selección de servicios. Se decide tomar los protocolos y a guías clínicas del NICE y AUGES de Chile como base dadas las restricciones

- Restricciones
  - Tiempo para realizar estudios (revisiones sistemáticas, costo efectividad, impacto presupuestal) de tecnologías
  - Información para realizar estudios económicos (costo-efectividad)
- Aproximación pragmática al plan ideal
  - Efectividad basada en evaluaciones internacionales (guías NICE, Chile)
  - Costo efectividad
    - Si NICE no costo efectivo → excluido
    - Si Chile lo incluye → se incluye
    - Se identificaron servicios efectivos con costo efectividad dudosa
  - Factibilidad de implementación: juicio crítico equipo consultor

www.sanigest.com Slide 20

ETAPA 2: SELECCIÓN DE SERVICIOS

(Minuto 01:02:15)

En esto hay que tomar en cuenta también una serie de condiciones en la selección de los servicios: una restricción real en términos de tiempo para el proyecto, de la información disponible, del presupuesto disponible para el proyecto; así como una necesidad de tener una

aproximación muy pragmática al Plan Ideal. En este sentido, nosotros también tomamos en cuenta el NICE y el AUGES de Chile, PEA de Perú, y otras experiencias que nos permitieron tener el criterio basado en evidencia internacional o de mejor práctica en algunos casos específicos.



SELECCIÓN FINAL

(Minuto 01:03:10)

Entonces, al final el proceso de selección se visualiza en esta imagen donde partimos del Plan Actual revisado, ya quitando los procedimientos obsoletos o los medicamentos obsoletos incorporando ya nuevos medicamentos de acuerdo

con el nuevo formulario del Ministerio, incluyendo las consideraciones e Intervenciones Potenciales, básicamente propuestos por diferentes grupos de especialidades dentro del país. Eso nos permitió definir una serie de Prioridades y después tomar en cuenta Otras Prioridades Nacionales – como las que mencionaba sobre el tema de diabetes y salud mental– así como otras de Medicamentos de Alto Costo que estaban siendo financiados por aparte pero que realmente implicaba un componente importante para considerar dentro del contexto de las garantías que quería el país. Eso nos permitió entonces estructurar un nuevo Plan Básico de Salud, incluyendo las coberturas integrales garantizadas (CIGES) como un subgrupo de lo que es el plan en sí.



¿QUÉ SON LOS CIGES?

(Minuto 01:04:38)

Para entrar un poco más en detalle de lo que son las CIGES, nosotros hicimos una definición de 19 áreas de priorización que nos parecía que implicaba una necesidad importante para el país tanto del punto de vista de la carga de enfermedades como del punto de vista del costo de sus procedimientos, y de la necesidad de definir con mayor precisión, exactamente en qué condiciones íbamos a garantizar la inclusión de esa cobertura. Esto va más allá de decir que se paga o no, sino que también en qué condiciones se establece ese acceso libre de copagos o libre de carga financiera para el individuo, libre de considerar los aspectos geográficos y libre de considerar tiempos de espera. En otro proyecto donde estoy trabajando ahora en Bahamas, por ejemplo, donde tenemos 34 islas habitadas, cuando nosotros garantizamos acceso a un servicio, eso quiere decir que si una persona vive en una isla a cuatro horas, yo tengo que pagar el vuelo para esa persona además del procedimiento, porque la garantía es íntegra. Entonces nosotros estamos incluyendo dentro de esa cobertura una garantía real que la persona recibe en las mismas condiciones, independientemente de en qué parte del país esté viviendo.

Que son las CIGES

Verificación de la inclusión de todos los elementos de integralidad de los servicios en el Plan Básico de Salud. Este ejercicio incluyó el verificar que los servicios incluyeran elementos básicos que no se mencionaban y por lo tanto no estaban cubiertos.

Paquete Actual

1. Inserción de catéter doble jota
2. Colostomía derecha
3. Fractura de tercio medio de humero

Paquete rediseñado

1. Inserción y retiro de catéter doble jota
2. Colostomía y cierre de colostomía
3. Fractura de humero

www.sanigest.com

Metodología para definición de los CIGES

- Pasos principales para la definición de los CIGES, desde la búsqueda de información hasta la formulación de la propuesta.



www.sanigest.com



Slide 25

¿QUÉ SON LOS CIGES?

(Minuto 01:06:22)

Eso hace que muchos de los problemas que mencionaba Juana al principio sobre la cobertura parcial, por ejemplo el caso del catéter doble que incluía la inserción, pero el retiro no estaba incluido. La colostomía donde no incluía explícitamente el cierre. La fractura y otros ejemplos que había, muchos que nosotros encontramos, donde el plan simplemente dejaba abierto a criterio básicamente médico o de la aseguradora, qué estaba cubierto y qué no. Nosotros con los CIGES quisimos hacer una cobertura integral sin recargo financiero para el individuo.

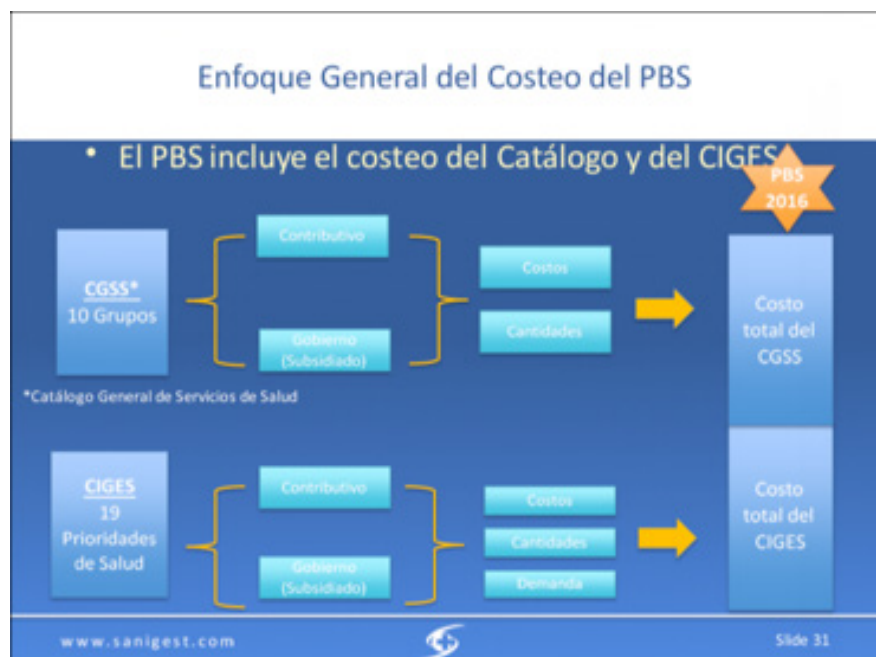
METODOLOGÍA PARA DEFINICIÓN DE LOS CIGES

(Minuto 01:07:25)

Nosotros tomamos una definición de los CIGES que básicamente se puede resumir en cinco etapas: 1) Una búsqueda sistemática de las guías prácticas clínicas basados en evidencia para las áreas prioritarias que nosotros habíamos identificado. 2) Una evaluación de las guías. 3) Una adaptación de esas guías al país a través de discusiones con todos los

grupos de especialistas que estaban involucrados en cada una de las áreas. 4) Una revisión sistemática de literatura y de experiencias tanto de AUGE (Chile) como de otros países para poder determinar cuál era: 5) la formulación final del CIGES.

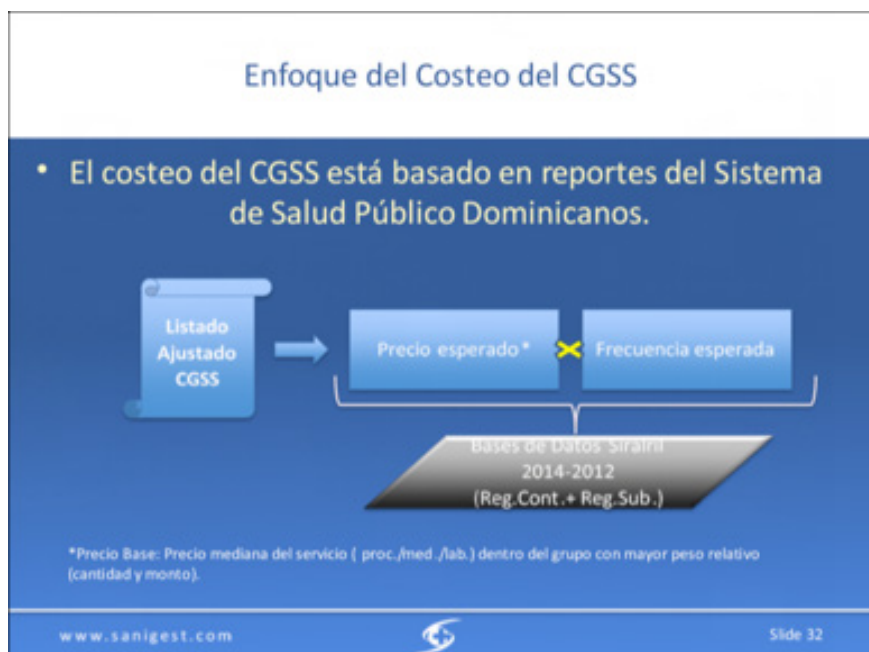
En CIGES nosotros propusimos que esa fuera una cobertura igual para el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Es decir, los asegurados en el régimen contributivo o los asegurados en el no-contributivo tenían básicamente las mismas coberturas tratando de homologar las condiciones, los precios y la tasa de utilización. Entonces una de las otras cosas que encontramos en la etapa de diagnóstico era que había variaciones clínicas muy altas entre el régimen subsidiado y el contributivo, no necesariamente a favor del contributivo sino que tal vez había mucha más utilización en el no-contributivo para algún procedimiento, y en otro caso había una utilización mucho mayor en el régimen contributivo. Es decir, uno podría decir que en algunos casos era sobre uso. En otros casos era un problema de acceso a la población asegurada. Pero de todas formas estos dos componentes: el Catálogo General de Servicios de Salud y el CIGES, con el costo correspondiente de cada uno, terminó siendo el nuevo Plan Básico y el costo atribuible de cada uno de los componentes.



ENFOQUE GENERAL DEL COSTEO DEL PBS

(Minuto 01:08:14)

Entonces, al final terminamos con 10 grupos en el Catálogo General de Salud, digamos el plan y 19 prioridades de salud.



ENFOQUE DEL COSTO DEL CGSS

(Minuto 01:10:17)

Entonces, nosotros hicimos una estimación del costo de los CIGES con base en dos aspectos fundamentales: primero, la base de datos del SISALRIL en donde nosotros teníamos un historial de utilización de reembolso dentro del sistema contributivo y subsidiado; y segundo, fuentes internacionales tanto de la AUGES como de otros países que nos permitían comparar las tasas de utilización y los precios que estaban

siendo reembolsados en la República Dominicana con lo que sería nuestra expectativa de mejor práctica o de “Benchmarking” para algunos de los procedimientos. Y cabe destacar aquí también que existía una brecha importante en algunos casos donde no había información dentro de lo que era un componente de CIGES, por ejemplo, que tal vez era algo nuevo para el Plan Básico. No existía información en República Dominicana, entonces nosotros teníamos que aproximar lo esperado para la población, tanto en lo que es frecuencia, como en lo que es costo unitario de cada uno.

Ahora lo voy a explicar un poco en más detalle pero primero quería enfatizar algunos temas que nos parecían centrales para cualquier país que estuviera tratando de definir o de revisar o de rediseñar su plan básico:

Aspectos Clave

- Estandarización en la información reportada
- Sistema de información robusto
- Mecanismos para realizar el benchmarking de precios
- Observación de variaciones en la práctica clínica y decisiones sobre que es "lo ideal"
- Involucramiento del directivo político en la toma de decisiones sobre factibilidad del Plan
--> transparencia en relación a los "trade-offs"

www.sanigest.com



Slide 33

ASPECTOS CLAVES

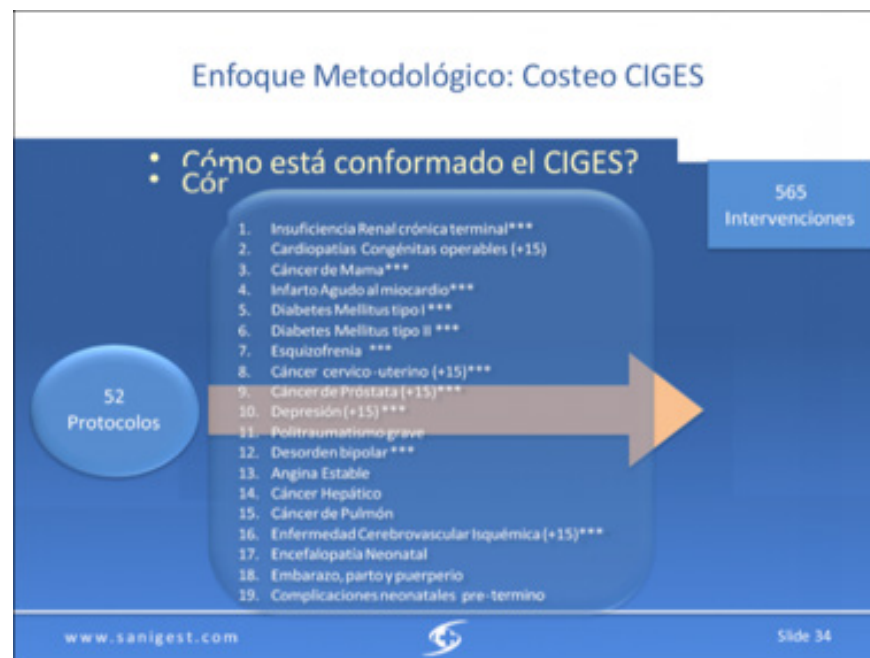
(Minuto 01:11:55)

Ahora lo voy a explicar un poco en más detalle, pero primero quería enfatizar algunos temas que nos parecían centrales para cualquier país que estuviera tratando de definir o de revisar o de rediseñar su plan básico:

Primero, la estandarización de la información es fundamental. Nosotros encontramos, por ejemplo, viendo el consumo de medicamentos como un componente importante de gasto total que en algunos casos se reportaba el número de cajas

que se consumía y el precio de la caja, y en otros casos se reportaba el número de unidades de pastillas que se estaba consumiendo y el precio unitario de la pastilla. Entonces al momento de tratar de ver para un tipo de paciente determinado cuánto consumo tenía de medicamento 'x', y cuánto costaba ese paciente, pues era sumamente complicado entender cuál era la unidad de utilización real que estaba siendo reportado. En ese sentido, el tema de sistema de información es fundamental con una clasificación estandarizada. Un proceso claro y definido para evaluar la calidad de información y, cabe destacar, con una capacidad de instalar para el procesamiento de datos -que Leticia podría aclarar-. Al final yo creo que República Dominicana ha desarrollado una infraestructura muy potente para poder procesar los datos, pero estamos hablando de que 50 millones de líneas de información en algunos casos no es cualquier institución que pueda procesar esa cantidad de información. También una cosa importante que consideramos es la posibilidad de hacer "benchmarking" de precios unitarios entre países. Por ejemplo, en RedETSA, en INAHTA y otros, para lo que es ETS, ha habido un compartimiento de información y de experiencias a nivel de tecnologías que sería muy importante también empezar a compartir información sobre precio de medicamentos, sobre precio de tecnología en sí, sobre el costo de diferentes procedimientos, son aspectos que ayudaría mucho a los países a definir

el Plan de beneficios y la priorización del mismo. También mencionaba la importancia de controlar las variaciones en la práctica clínica y definir qué es “lo óptimo”: si yo estimo que para una esplenectomía hay una tasa de utilización de 1% -o del 4% como hay en algunos casos entre diferentes grupos de población- es muy importante que haya un procedimiento para decidir cuál es la tasa que nosotros esperamos y cuáles son las consecuencias de una sobre o sub-utilización. Y finalmente, yo creo que este componente es muy importante, a saber, la participación del nivel político en la toma de decisiones sobre la factibilidad del Plan. Y en ese sentido quisimos hacer un diseño que posibilita la transparencia en relación a los “trade-offs” que enfrenta el país a incluir o excluir ciertos procedimientos, en el sentido de que, cuando acerca al Ministerio de Hacienda o acerca a las autoridades, le puede decir que si excluimos tal procedimiento o tal CIGES, eso va a implicar un ahorro de tanto y tanto, pero también implica que “x” cantidad de personas no van a poder realizar ese beneficio, o por lo menos en los términos que están visualizados en el caso de CIGES.



ENFOQUE METODOLÓGICO: COSTEO CIGES

(Minuto 01:16:28)

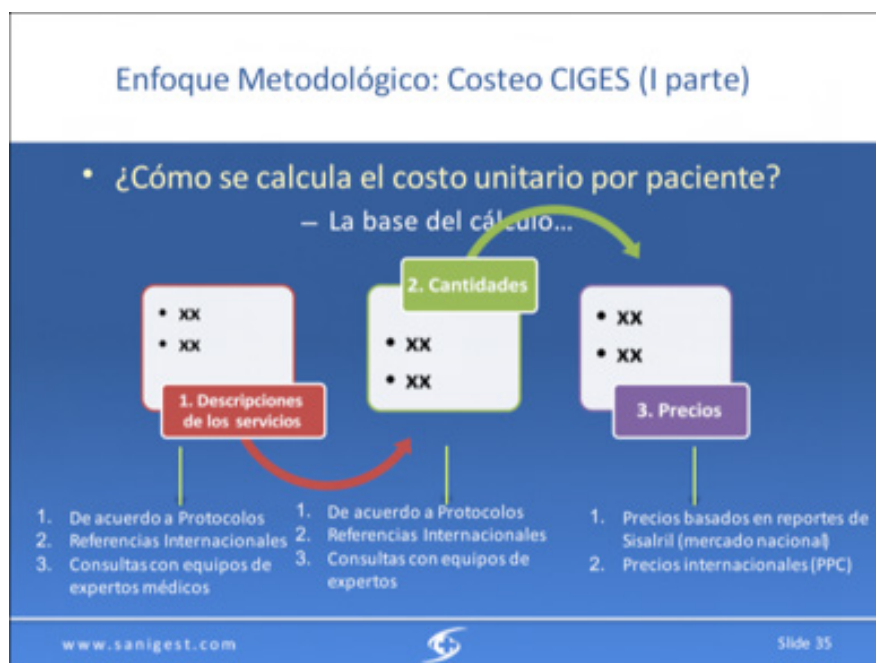
En términos de la lista, aquí se ven las 19 áreas que estaban incluidas en CIGES, y detrás de estos 19 hay 52 protocolos definidos y 565 intervenciones individuales que fueron estimados para poder llegar a lo que es la definición final de CIGES, y aquí con los tres asteriscos señalamos aquellos que tienen coincidencia con el AUGES, simplemente para

que la audiencia pueda ver que nosotros no tomamos solo lo que estaba en el AUGES, sino que había una serie de procedimientos adicionales que estaban incluidos para poder cubrir las prioridades del país desde el punto de vista del desarrollo del proyecto.

ENFOQUE METODOLÓGICO: COSTEO CIGES

(Minuto 01:17:25)

Entonces, básicamente el proceso en la estimación de costos se puede describir en estas tres etapas, pues una descripción detallada de los servicios que estaba basada en los protocolos, las referencias internacionales y las consultas con los equipos de médicos. Para cáncer, por ejemplo, había consulta con los oncólogos, con los internistas, con los de medicina familiar, etcétera. Una definición de las cantidades esperadas de cada uno de los insumos y la aplicación de precios unitarios a cada uno de esos insumos.



Enfoque Metodológico: Costeo CIGES (I parte)

Primero se debe calcular el costo unitario para cada CIGES



ENFOQUE METODOLÓGICO: COSTEO CIGES

(Minuto 01:18:10)

Entonces, de manera integral, nosotros definimos el costo del CIGES, para cada una de esas 19 prioridades de acuerdo con la integración de las coberturas, es decir, qué estaba incluido en las consultas, medicinas, procedimientos, laboratorios, suministros, días de hospitalización, etcétera. Y la suma de todo este costeo se concebía en el costo del CIGES 1 en este caso.

Ejemplo: Cancer de Prostata



ENFOQUE METODOLÓGICO: COSTEO CIGES

(Minuto 01:18:44)

Se puede ver, por ejemplo, que en el caso de cáncer de próstata nosotros tomamos de la sospecha diagnóstica hasta el seguimiento y con cada una de estas áreas se tomó en cuenta todas las necesidades del insumo más básico, en términos de un medicamento o un resultado de laboratorio, hasta una consulta especializada, aplicando en cada una de

esas áreas -como lo explicaba la lámina anterior- se tomó el precio y la frecuencia de cada uno de estos insumos para llegar a un costo total de la intervención -en este caso- de cáncer de próstata. De esta manera, además, es muy importante destacar que realmente lo que estamos haciendo es definiendo básicamente un mecanismo de pago de suma alzada, donde básicamente, para un paciente con cáncer de próstata esto y esto es lo que se debería gastar. Eso es lo que vamos a pagar. Si gastan más, entonces asume un poco de riesgo el proveedor. Si gasta menos es un poco de economía: se tienen que tomar indicadores de calidad para asegurar que no se está restringiendo acceso a ciertos medicamentos que están dentro del protocolo para ganar más dinero. Pero básicamente la transición a un “bundled payment” debería presentar economías importantes, y en ese sentido resalto el hecho, por ejemplo, en República Dominicana que el uso de exámenes de laboratorio es sumamente alto comparado con otros países y, parcialmente esa razón se justifica en el hecho de que todo está facturado por actividad y no hay una coherencia entre toda la producción de servicios para un determinado tipo de pacientes. Con la aplicación de CIGES se espera revertir ese proceso, racionalizar el sistema y asegurar que se puede dar seguimiento a los pacientes de una manera más integral.

Enfoque Metodológico del Costeo CIGES								
Comparación Internacional de Precio de Medicamentos (DR\$)								
• Es importante buscar eficiencia en la asignación de los recursos...(proveedores de medicamentos)								
Medicamento	Cant. Anual/Problema Salud	Bicard Reg. Cont. 2014 (RD\$)				Costo Unitario en Pesos Dom (RD\$)		
		Precio Max	Precio Min	Precio Mediana	Precio prom.	Precio CIGES	Precio AUGIE (PPP)	Intern. Ref
Prednisona (tab-cap 10mg)	672 (Cáncer Prost.)	3,328	6	434	681	21	10	0.435 [0.01USD] (5mg. Dom.Rep.)
Fingertim (Vial-30 Ml)	3 (Cáncer Prost.)	32,480	0	5,010	5,745	3,240	3,457	4.966 [108USD]
Cloxacilín (Vial-10)	56 (Cáncer Mama)	78	78	78	78	112	3.1	36 [0.83USD] (250mg-vial. SAFRICA)
Metformina (tab-850 mg)	255 (Diabetes)	11,357	0	315	458	6	6	0.435 [0.01USD] (850mg-tab-cap DomRep.)
Losartan (30 mg)	145 (Insuf. RenalCrónica)	9,488	0	673	758	32	11	0.435 [0.01USD] (50mg-tab-cap DomRep.)
* International Drug Price Indicator guide, 2014. TC 2014. 45.5 USD/100								
-Alta variabilidad en los registros de precios de un mismo servicio/medicamento. (no hay claridad de estándares sobre pago proveedores ni entrada de datos al sistema).								
www.sanigest.com						Slide 39		

ENFOQUE METODOLÓGICO: COSTEO CIGES

(Minuto 01:21:21)

También nosotros notamos y yo les mencionaba la importancia de buscar eficiencia en la asignación de recursos. En esta lámina se muestran algunas diferencias entre precios pagados dentro del sistema para algunos medicamentos y se pueden ver variaciones importantes para medicamentos como Metformina, Losartan, Prednisona, y

nosotros encontramos diferencias entre diez veces pagadas para el mismo medicamento dentro del país entre una aseguradora y otra. Entonces es muy importante cuando uno está introduciendo este tipo de sistema que se considera también la fijación de tarifas estandarizadas como parte del proceso. Muchos de los países que han sido exitosos en ese sentido, por ejemplo España, tienen tarifas estandarizadas: usted va a la farmacia en el aeropuerto y el Losartan cuesta básicamente lo mismo que cuesta en una farmacia en el barrio más pobre del país. Hay una estandarización en ese sentido que apunta a una racionalización del gasto y a una optimización de los recursos. No tiene sentido que una aseguradora esté pagando 20 veces más para una pastilla de Prednisona que otra aseguradora en el país. Entonces esto introduce otro elemento muy importante a nivel de un insumo y a nivel de un procedimiento como es el caso.



RESULTADOS

(Minuto 01:23:19)

En realidad nosotros terminamos con una estimación del costo del nuevo paquete que contempla tanto la administración del Plan actual, como la ampliación hacia los 19 nuevos procedimientos dentro del CIGES.

¿Cómo implementarlo? Eso depende de las decisiones políticas financieras del país. Si existiera disponibilidad inmediata pues obviamente se puede cubrir el costo total del nuevo paquete que nosotros estimamos como 1.5% del PIB,

por ejemplo, que hubiera sido de todas formas dentro del espacio fiscal razonable tal vez para el país, pero tal vez no es factible. Entonces uno tiene que articular una estrategia varios años para poder ir incrementando o hacia mayores grupos poblacionales o hacia la inclusión de nuevos CIGES dentro del proceso.

Fuentes de Financiamiento

- **Surgen nuevas decisiones que tomar...**
  - **Cómo se puede financiar el paquete? (mecanismos de financiamiento)**
    - Impuestos generales
    - Impuestos específicos (tobacco, alcohol, soft drinks)
    - Transferencias directas del Estado (leyes)
    - Contribuciones a la Seguridad Social (patrono-empleados-estado)
    - Seguros Privados
    - Gastos de Bolsillo
    - Cápitales-Copagos (Cuotas moderadoras)
  - **Cómo organizar/estructurar/administrar la recaudación de ingresos y los sistemas de pago?**

www.sanigest.comSlide 46

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

(Minuto 01:24:26)

Algunos aspectos importantes que nosotros ponemos sobre la mesa también en la decisión de cómo financiar eso, obviamente hay muchas oportunidades. Muchos tienden hacia impuestos generales, impuestos específicos -por ejemplo sobre gaseosas, alcohol, tabaco-, algunas transferencias directas que pueden ser dirigidas hacia el sistema, obviamente gastos de bolsillo, cuotas moderadoras que nosotros quisimos levantar lo que era el CIGES, pero

no quiere decir que en otros aspectos del Plan no podrían ser considerados. Y a final de cuentas cómo asegurar la sustentabilidad del financiamiento.

definición clara y una tangibilidad para la población; sentir la diferencia en el Plan, que había una importancia de notar en el momento de experimentar la utilización del servicio, que el usuario podía sentir la diferencia. Y, finalmente usando los protocolos, los indicadores de desempeño para poder asegurar la calidad de la atención en cada una de las áreas.

Resultados

- Se identifican las ganancias con el nuevo Plan, que se puede esperar?
  - Legitimidad
  - Plan Integral
  - Protección financiera
  - Cambio en la estructura y organización
  - Viabilidad y legitimidad
  - Planes de Beneficio consistente (acciones)
  - Simplicidad
  - Aumentar el acceso a servicios de salud para la población.
  - Mejora en la calidad de la atención (protocolos)

www.sanigest.com  Slide 47

RESULTADOS

(Minuto 01:25:16)

Y muy importante asegurar algunos aspectos dentro de lo que es la presentación del Plan Final. Nosotros privamos la legitimidad, que fuera una visión integral, con una protección financiera amplia, una estructura o una organización lógica y entendible, con acciones sencillas y claras para ir hacia la instrumentación del Plan, con la

Lecciones Aprendidas

- ☐ Lograr participación del ministerio y superintendencia de salud
- ☐ Analizar previamente *fuentes de información internacional* relacionadas con el tema, entre ellos estudios de mejores prácticas clínicas.
- ☐ Identificar los *actores*, interesados y autoridades involucradas, así como grupos de expertos.
- ☐ Asegúrese tener *claridad de objetivos*, visión, limitaciones, riesgos de la ejecución del proyecto.
- ☐ Buena *comunicación* y compromiso entre los diferentes actores.
- ☐ *Innovación* presente a la hora de desarrollar la metodología (ajustar a las necesidades propias).

www.sanigest.com



Slide 49

búsqueda de información en un proceso corto implica una inversión muy grande. La identificación en materia de los actores claves es fundamental para entender exactamente cómo y cuándo involucrar a los diferentes actores –cabe notar la importancia en el papel de Juana– en todo ese proceso y de tener un articulador técnico de todo el proceso que conoce bien a los actores y expertos involucrados. La claridad en los objetivos, la visión. La buena comunicación y compromiso entre los actores. La convocatoria siempre fue exitosa en el proceso que mostraba una amplia participación e interés de parte de todos los participantes.

LECCIONES APRENDIDAS

(Minuto 01:26:24)

Y para cerrar, algunas lecciones aprendidas y después abrimos algunas preguntas. Primero, la importancia de la participación del Ministerio y la Superintendencia y otros actores en el proceso: sin el consenso amplio considero que nosotros no podríamos haber hecho el trabajo que realizamos conjuntamente. Muy importante, tener las fuentes de información internacional organizadas porque esa

Lecciones Aprendidas (cont...)

- ❑ Definir una **metodología** estándar y consensuada entre MSpAS y Superintendencia para priorización de los problemas de salud basados en evidencia internacional y contexto nacional
- ❑ La institucionalización del proceso es fundamental para asegurar la sustentabilidad del sistema.
- ❑ Es necesario mejorar la **recolección y entrada de datos** a los sistemas (Unificación de información).
- ❑ **Monitoreo y evaluación** permanente del sistema – Consejo y Superintendencia
- ❑ **Evaluación de tecnologías** continua.

www.sanigest.com



Slide 50

LECCIONES APRENDIDAS (CONTINUACIÓN)

(Minuto 01:28:05)

Innovación permanente en el sentido de que durante el proceso siempre se van a encontrar obstáculos, falta de información, inconsistencia ante los datos, resistencia. La posibilidad del equipo de estar innovando constantemente para encontrar soluciones fue fundamental.

La definición temprana de una metodología de un proceso consensuado entre todos los participantes fue muy importante para todos nosotros si consideramos que eso lleva a la posibilidad de una institucionalización del proceso para asegurar que en el futuro se puede repetir la priorización con los actores locales dentro del proceso y los involucrados dentro de lo que fue este proyecto en particular. La necesidad de mejorar la recolección de datos –control de calidad de datos– es muy importante: nosotros pudimos haber realizado probablemente, en la mitad del tiempo, algunos componentes del proyecto si hubiera un control o una estandarización de información que fue crítica. Consideramos que es muy importante también el papel del Consejo y la Superintendencia en cuanto al monitoreo y la evaluación permanente del sistema de aquí en adelante, y el fortalecimiento de la capacidad de sus actores para poder realizar el monitoreo de forma permanente. Y la evaluación permanente de tecnologías y la participación del grupo de evaluación de tecnologías dentro de este proceso clave. Consideramos que sin la parte de este componente integral del proceso durante el cual se hace mucho más complejo la definición de las posibilidades y las prioridades de aquí en adelante.

PREGUNTAS, RESPUESTAS Y COMENTARIOS

(Minuto 01:33:34)

Pregunta de Rubén Rojas: ¿Cree usted que los criterios de priorización deben representar al cuerpo que decide o a la sociedad como un todo?

Yo creo que ese es el tema central. Nosotros tomamos la recomendación al principio de que debería tratar de reflejar a la sociedad en general, porque en realidad es esta la que está afectada por el Plan. Si bien nosotros, como economistas en salud, puede ser que yo digo que yo sé que es mejor tal procedimiento que cualquier otro, pues yo no sé si usted ha estado enfrente de una mujer que tiene 35 años y tú le estás diciendo que no le vamos a financiar la mamografía y en un año se muere de cáncer de mama. Eso es una decisión sumamente difícil que nosotros digamos: “nosotros lo hacemos”, fríamente. Pero yo creo que este tipo de herramienta permite tener un respaldo consensuado que realmente refleja lo que es la perspectiva de la sociedad. Por lo menos eso fue la idea de Manuel y la mía en tratar de aplicar este tipo de herramienta -tal vez Juana puede

comentar cuál es la opinión local cuando nosotros no estamos presentes- pero yo diría que es mejor tratar de, por lo menos, tener un criterio más amplio.



redcriteria.org



Red Critería



@RedCritería