
Hacia la cobertura universal en salud en la República Dominicana: análisis de la priorización de los servicios de salud en la seguridad social quince años después*

Towards universal coverage in health in the Dominican Republic: analysis of the prioritization of health services in social security fifteen years later

Vers une couverture universelle de la santé en République dominicaine: analyse de la hiérarchisation des services de santé en matière de sécurité sociale quinze ans plus tard

Jefrey Lizardo**

Resumen

En este artículo, el autor describe los avatares que ha tenido en el país el Plan de Servicios de Salud (PDSS), que ha adolecido, entre otros aspectos, de un endeble y poco transparente sistema institucional. Como señala también el autor, aún hoy el PDSS no cuenta con un buen sistema de información que permita su continua y apropiada monitorización y supervisión, de modo que no se puede establecer su impacto real en los resultados de salud de la población que se ha acogido al plan. Es por ello que, a pesar de que el derecho a la salud ha sido reconocido en la Constitución nacional, el país todavía se encuentra muy lejos de poder garantizar de manera justa y equitativa a todos sus habitantes una cobertura universal de salud. Y eso lo constata el hecho de que todavía el Estado dominicano dedica a la salud pública un porcentaje del PIB que es menos de la mitad de lo que en promedio dedica el resto de la región de América Latina y el Caribe.

Palabras claves: Plan de Servicios de Salud (PDSS), Plan Básico de Salud (PBS), Sistema de salud pública en República Dominicana.

* Este trabajo ha sido publicado como parte del trabajo de fin de máster para optar por el título de Magister en Bioética del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)

** Economista dominicano. Especialista en política social y gerente de Servicios de Salud del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa). Correo electrónico: jefreylizardo@gmail.com

Abstract

In this article, the author describes the avatars that the Health Services Plan (PDSS) has had in the country, which has suffered, among other aspects, from a weak and not very transparent institutional system. As the author also points out, even today the PDSS does not have a good information system that allows its continuous and appropriate monitoring and supervision, so that its real impact on the health outcomes of the population that has taken refuge can not be established to the plan. That is why, despite the fact that the right to health has been recognized in the national Constitution, the country is still far from being able to guarantee a universal health coverage in a fair and equitable manner to all its inhabitants. And this is confirmed by the fact that the Dominican State still devotes a percentage of GDP to public health, which is less than half of what the rest of the Latin American and Caribbean region spends on average.

Keywords: Health Services Plan (PDSS), Basic Health Plan (PBS), Public Health System in the Dominican Republic.

Résumé

Dans cet article, l'auteur décrit les avatars du Plan de services de santé (PDSS) dans le pays, qui a souffert, entre autres, d'un système institutionnel faible et peu transparent. Comme le souligne également l'auteur, le PDSS ne dispose pas encore aujourd'hui d'un bon système d'information permettant un suivi et une supervision continus et appropriés, de sorte que son impact réel sur les résultats sanitaires de la population réfugiée ne peut être établi au plan. C'est pourquoi, bien que le droit à la santé ait été reconnu dans la Constitution nationale, le pays est encore loin de pouvoir garantir une couverture sanitaire universelle de manière juste et équitable à tous ses habitants. Et ceci est confirmé par le fait que l'État dominicain consacre toujours à la santé publique un pourcentage du PIB qui est inférieur à la moitié de ce que le reste de la région d'Amérique latine et des Caraïbes dépense en moyenne.

Mots-clés: Plan de services de santé (PDSS), Plan de santé de base (PBS), Système de santé publique en République Dominicaine.

Introducción

Las conquistas ciudadanas hacia finales del siglo XX y comienzo del presente siglo se han traducido en el reconocimiento explícito de los derechos sociales, económicos y políticos de la ciudadanía. Cada vez los países incluyen esos derechos en sus cartas constitucionales, detallando las garantías que deben ofrecer los Estados a sus ciudadanos. Este ha sido el caso de los derechos a la salud. La Constitución dominicana, en su artículo 61, manifiesta que: *“El Estado debe velar por la protección*

de la salud de todas las personas... así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran” (Constitución de la República 2010). Este mandato se expresa por igual en los objetivos de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, al establecer la garantía del derecho de la población al acceso a la salud de calidad y de la universalización de la protección social en salud en el país.

De igual manera, el país es signatario de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), que en su tercer objetivo establece garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y que define metas específicas para el 2030 respecto a la reducción de la mortalidad materna, infantil y la cobertura universal en salud, entre otros. La meta 3.8 de los ODS establece: *“Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todo”*.

Indudablemente estos derechos traen aparejados una limitación fundamental, y es la del financiamiento limitado o la existencia de recursos escasos para enfrentar las demandas de salud de la población. Este desafío es aún mayor en países con bajo financiamiento público y nacional en salud como la República Dominicana (Lizardo, 2018). Mientras, en el año 2012, la región de América Latina y el Caribe destinó, en promedio, alrededor del 3.7% del PIB al financiamiento público en salud, la República Dominicana, en el año 2014, solo destinó a dicho acápite el 1.8% del PIB (2.8% si se consideran las cotizaciones de la seguridad social). Esto es menos de la mitad que el resto de la región. Para el año 2017, este panorama no había cambiado, pues la inversión del gobierno central en salud se ubicó entonces en, alrededor, el 1.9% del PIB.

En términos de gasto nacional de salud, el país destinó el 6.3% del PIB en el 2015 (MSP, 2017), mientras que el promedio de la región fue de 7.4%, según los datos publicados por la CEPAL (2017). De hecho, en gasto per cápita en salud, el país se ubica en la posición 20 del total de los 33 países de la región de América Latina y el Caribe. De ese 6.3%, el 54.8% fue financiado por el gasto directo de los hogares o a través de esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud, fuera del sistema de protección social en salud. Este porcentaje es muy alto para el promedio de la región, que se ubica en 33%, según los últimos datos disponibles de la OMS (2017).

En los últimos años el sector salud ha visto crecer las demandas de servicios por parte de la población. Varios fenómenos explican fundamental-

mente esta situación: el creciente ejercicio de los derechos ciudadanos, así como el aumento de la esperanza de vida y el cambio del perfil epidemiológico de la población. En República Dominicana, la población de 60 años y más se estimó en un 10% para el 2017, y se espera que alcance el 20.3% para el año 2050 (MEPYD, 2017). Indudablemente, este aumento le imprimirá más presión al sistema nacional de salud en los próximos años.

Por otro lado, el gasto en salud sigue en aumento en virtud de los altos costos en salud asociados al creciente uso de tecnologías de última generación, en su mayoría auspiciadas por la industria farmacéutica (Roberts, et. al, 2002). Los cambios en las tecnologías sanitarias son cada vez más rápidos; introducen no solo nuevos medicamentos, sino nuevos procedimientos diagnósticos de mayor costo, pero más efectivos para diagnosticar enfermedades, así como nuevos procedimientos quirúrgicos de más alta efectividad. Mientras, la creciente desigualdad económica y social y el alto gasto de bolsillo de los hogares en salud aleja a la población más pobre de la posibilidad de acceso a servicios de salud de última generación.

Restricciones financieras y racionamiento sanitario: el gran dilema del presente siglo

La escasez de recursos en el sector salud va acompañada de políticas de priorización, sean explícitas o no. De alguna manera, cada país prioriza o raciona los servicios de salud que le otorga a la población, dado que el nivel de demanda usualmente excede la cantidad de recursos de que dispone cada país. Esta brecha, como se ha explicado arriba, seguirá creciendo conforme aumenten las presiones por el lado de la demanda y la oferta, mientras continúen las restricciones presupuestarias que enfrentan los países, sobre todo en aquellos cuya presión fiscal es baja para las necesidades sociales de la población.

Cubrir todo y no tener el servicio disponible es un mecanismo no explícito de racionar los servicios de salud, pues se prioriza la oferta o el insumo que esté disponible. En este caso, ante la ausencia del servicio, la población debe destinar recursos propios para financiar los mismos. Los más pobres no tienen más opciones que no demandar el servicio, lo que indudablemente es éticamente injustificable y plantea un serio reto en la equidad y la justicia social. Otro mecanismo de priorización es el de las listas de esperas, aplicado en muchos países desarrollados, que tratan de administrar esas listas de manera tal que se priorice lo necesario para las personas que más lo necesiten (BID, 2016). Otros países establecen fondos de salud para priorizar la cobertura de ciertos servicios, o bien

forman paquetes explícitos de salud para toda la población o segmentos de la misma, ya sea vía financiación pública o vía cotizaciones. Las preguntas que se generan son: ¿son estos mecanismos efectivos?, ¿son socialmente justos?

El racionamiento sanitario indudablemente afecta la calidad de vida de la población en general. Las brechas generadas entre una demanda de servicios de salud creciente y las siempre limitadas posibilidades financieras de los países obligan a los gobiernos a tomar decisiones relativas a qué cubrir o no cubrir en los sistemas de salud.

Decidir qué segmento de la población recibe un servicio de salud que puede salvar vidas, o qué tipo de servicios de salud se va a financiar a toda la población, crea problemas que pueden afectar la cohesión social de los países. Por tal razón, los mecanismos de priorización sanitarios plantean graves problemas en términos éticos, morales, políticos, sociales, económicos, problemas que tienen impacto en el bienestar general de la población y, en particular, en los resultados de salud. Por eso, no es un tema menor.

Ningún país, por más rico que sea, tiene las condiciones para enfrentar las demandas de servicios de salud de la población que casi son ilimitadas. Por lo tanto, la asignación de recursos al sector salud tiene como contraparte la capacidad de financiamiento de los países. Esto conlleva plantear la discusión de cómo se financian los servicios de salud, si por impuestos generales o específicos, en forma de cotizaciones como porcentaje de las remuneraciones de la población ocupada, o vía el gasto privado, ya sea de las empresas o directamente de los usuarios. Una carga directa a los usuarios es muy inequitativa y aleja a la población más pobre de los servicios de salud, lo que crea un problema de acceso con consecuencias negativas en el bienestar colectivo. De hecho, es ética y moralmente inaceptable. Una carga mayor a las empresas podría afectar su rentabilidad, mientras que, por otro lado, los países tienen limitaciones para la financiación pública, ya que las necesidades de la población no solo se circunscriben al área de salud (hay necesidades de seguridad ciudadana, empleos de calidad, educación, vivienda, agua potable y servicios básicos, pensiones, entre otros).

Por lo tanto, ante dicha dualidad —recursos insuficientes para demandas casi ilimitadas—, en todas partes del mundo se establecen los mecanismos de priorización en salud. La priorización siempre implica, o financiar parcialmente todos los servicios de salud, o dejarlos fuera, ya sea de una manera directa o indirecta.

Racionamiento y priorización explícita en salud: las alternativas más justas hacia la cobertura universal en salud

Ante el dilema planteado en la sección anterior, los países utilizan mecanismos implícitos para la priorización de los servicios de salud (ya sea a través de listas de esperas, negación de servicios, disminución de la calidad, altos copagos o gasto de bolsillo, entre otros). Pero numerosos países están utilizando también mecanismos explícitos, como los paquetes de beneficios que frecuentemente cubren los sistemas de seguridad social en salud de los países (Giedion, U., Muñoz, A.L., y Avila, Adriana 2012).

Giedion et ál. (2012) expresa que “cada vez más numerosos, han escogido establecer procesos y criterios explícitos e, inclusive, una institucionalidad consolidada para poder tomar sus decisiones de cobertura. Las experiencias pioneras en la materia se encuentran en algunos países de ingresos altos como por ejemplo en el Reino Unido con NICE, o en Australia con su *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee*, PBAC, seguidos por entidades y procesos de otros países como en Francia, Nueva Zelanda, Suecia o España, entre otros”. En la región de América Latina y el Caribe, numerosos países han optado por estos mecanismos explícitos, como el Plan Auge en Chile y el POS de Colombia, entre otros.

Otros países han creado además fondos especiales para cubrir el tratamiento de enfermedades de alto costo, en particular, porque los sistemas de salud y los mecanismos de cobertura explícitas podrían verse afectados en su sostenibilidad financiera. Estos fondos normalmente cubren medicamentos cuyos costos son tan altos, que cubrir a toda la población afectada equivale a un presupuesto de salud paralelo en muchos de los países (ejemplo, caso del medicamento para el tratamiento de la Hepatitis C). Uno de los problemas de estos fondos es el financiamiento y la cobertura que alcance. Como lo plantea Giedion (2017): “¿es justo y coherente que se usen reglas diferentes para cubrir y financiar pacientes que requieren tratamientos de alto costo en comparación con todos los demás pacientes?”

La priorización explícita de los servicios de salud busca “mejorar la asignación de los recursos escasos en salud para lograr mejores resultados en términos de equidad, eficiencia y calidad” (Giedion, et al, 2012). En base a esta consideración, la priorización explícita de los servicios de salud está enfocada a la búsqueda del bienestar colectivo. Sin embargo, ¿hasta qué punto la priorización no es más que un ejercicio de racionamiento de los servicios de salud? De la misma manera, ¿qué criterios pesan más?: ¿la búsqueda de la justicia distributiva a favor del interés

colectivo? o simplemente ¿la eficiencia en la entrega de los servicios de salud? En el caso chileno, una evaluación del plan de garantías explícitas AUGE concluyó que el plan se construyó bajo criterios de eficiencia utilizando las metodologías basadas en costo-efectividad (como los DALYs), que introducen elementos discriminatorios por edad, territoriales, entre otras. Concluye que “las teorías de justicia sanitaria de tipo igualitaria rechazan la incorporación de criterios de racionamiento que, dando prioridad al principio de eficiencia, desconocen que las instituciones públicas no están autorizadas a discriminar entre personas hasta el punto que ello les signifique la posibilidad de vivir o morir” (Zuñiga Fajuri, 2011).

El camino dominicano: cobertura explícita en salud

En el año 2001, en República Dominicana se reformó la ley general de salud (ley 42-01) y se estableció el aseguramiento universal en salud para toda la población sin importar su capacidad de pago a través de la ley 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Para diciembre de 2017, alrededor del 75% de la población dominicana tenía un seguro de salud, correspondiendo la mitad a la población subsidiada, cuyo seguro es financiado por el Estado (Lizardo, 2018; CNSS, 2017). El seguro de salud incluye beneficios explícitos expresados en el Plan Básico de Salud, hoy conocido Plan de Servicios de Salud (PDSS). Todo lo que no está incluido en el PDSS no está cubierto por la seguridad social, ente financiador de la salud en el país. Aunque la Constitución de la República Dominicana establezca que el Estado debe garantizar todos los servicios de salud en la población, está claro que el PDSS es el mecanismo de racionamiento sanitario en el país.

El Seguro Familiar de Salud contempla un mismo paquete de beneficios explícitos para toda la población, sin importar su capacidad contributiva. La reforma estableció el inicio gradual, por lo que el PBS hoy día se conoce Plan de Servicios de Salud (PDSS), denominación dada para identificar un plan de beneficios que tiene ciertas limitaciones y copagos en la cobertura incluida. El PDSS, en su versión actual, data del año 2007, y ha sufrido actualizaciones muy limitadas, las cuales han sido cuestionadas por la población en general (Cañón et ál., 2014).

El Plan Básico de Salud es “*de carácter integral*” e incluye los servicios de: a) promoción de la salud y medicina preventiva, b) atención primaria de salud, c) atención especializada y tratamientos complejos, d) exámenes de diagnósticos, e) atención odontológica, f) fisioterapia y rehabilitación, y g) otras prestaciones complementarias (artículo 129 de la ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social).

Por mandato de la ley, el Plan Básico de Salud, en cuanto paquete explícito de cobertura, debe contener un catálogo detallado de los servicios que cubre. Este catálogo debe incluir las actividades, intervenciones y procedimientos de salud a ser ofrecidos por el SFS.

El Plan Básico de Salud tendrá un costo o tarifa fija por persona, el cual será dispensado a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) conforme la población afiliada. El costo del PBS podrá ser revisado anualmente o semestralmente, si así lo decidiese el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). En el reglamento del SFS, se explicita que el PBS “será revisado como mínimo cada dos años, o a solicitud del CNSS, bien sea para agregar, modificar o suprimir actividades, intervenciones o procedimientos” (Párrafo, artículo 18 del reglamento).

En el proceso de definición del PBS, en particular de su contenido, el reglamento del SFS enfatiza que el PBS debe prestar atenciones integrales a la población (artículo 11) y se “*desarrollará de forma gradual y progresiva para garantizar el equilibrio financiero del sistema*” (artículo 12).

Construcción de la cobertura explícita en la República Dominicana: del Plan Básico de Salud (PBS) al Plan de Servicios de Salud (PDSS)

En el marco legal vigente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) tiene como función “proponer al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) el costo del plan básico de salud y de sus componentes; evaluar su impacto en la salud, revisarlo periódicamente y recomendar la actualización de su monto y de su contenido” (artículo 176, ley 87-01). Sin embargo, es el CNSS, la instancia que tiene “a su cargo la dirección y conducción del SDSS” (artículo 22, ley 87-01) y en tal razón “es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS” (ídem). Es el CNSS quien aprueba el contenido del Plan Básico de Salud y es la SISALRIL la instancia técnica que propone el contenido y su costo. Es importante precisar que, en la modificación de la ley 87-01 del año 2007, se dispuso que en el primer año de puesta en funcionamiento del SFS del régimen contributivo, el costo, el alcance del catálogo de prestaciones y la cobertura del PBS serán definidos por la SISALRIL sin necesidad de aprobación por parte del CNSS (artículo 4, ley 188-07).

El CNSS, como entidad rectora del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), está compuesta por 17 miembros, 5 del Estado (quien lo

preside), tres del sector trabajador, tres del sector empleador, 3 de los gremios de salud, y un miembro de cada uno de los siguientes sectores: profesionales y técnicos; discapacitados, indigentes y desempleados; y trabajadores de las microempresas. Las resoluciones del CNSS tendrán validez “cuando cuenten con la mayoría de los votos presentes, incluyendo por lo menos el voto favorable de un representante del sector público, de los trabajadores y de los empleadores” (artículo 24, ley 87-01). Es importante destacar que el Ministerio de Salud Pública es el Vicepresidente del CNSS. En su reglamento interno, el CNSS dispone la conformación de Comisiones Técnicas Permanentes como órganos colaboradores del mismo, y, entre las comisiones establecidas, está la de salud (art. 25 del reglamento interno del CNSS). Estas comisiones técnicas funcionan como órganos *ad hoc* del CNSS, y en ellas siempre hay representación de los miembros del CNSS con poder de veto. Ellas tienen por finalidad conocer, antes de ser presentadas en el seno del CNSS, propuestas de resoluciones y de revisión de normativas, entre otros aspectos y cuestiones.

El reglamento del SFS establece la guía general para definir los criterios de priorización del PBS. Las actividades, intervenciones y procedimientos de salud deben cumplir con los siguientes requisitos (artículos 13 y 24):

- Ser los de mayor costo-efectividad.
- Estar orientados a satisfacer la demanda de las enfermedades de mayor importancia para las comunidades de acuerdo al perfil de morbilidad y las condiciones de tecnologías existentes en el país (frecuencias esperadas de utilización).
- Que garanticen la sostenibilidad y equilibrio financiero del SFS.

Dicho reglamento presenta también una lista de las exclusiones y limitaciones del PBS (art. 17) y establece las condiciones de calidad y de tecnología de las actividades, intervenciones y procedimientos de salud del PBS. De la misma manera, se define la población o grupos de población priorizados dentro del PBS.

El PBS quince años después

El primer PBS fue aprobado en el año 2002 (resolución 51-06 de fecha 30 de octubre de 2002) para facilitar la entrada del régimen subsidiado del SFS. Fue propuesto por la SISALRIL y su metodología se basó en la identificación de las coberturas de mayor frecuencia y la disponibilidad de recursos. Para costear dicho plan se tomaron datos y estudios de con-

sultorías disponibles para el país, en particular, las estimaciones de los costos de una canasta básica de servicios de salud realizada en los años 90, así como los datos de frecuencias y costos referenciales de la ARS SEMMA (ARS de los maestros) y del Plan de Beneficios Colombiano (POS), entre otros. En sucesivas publicaciones se fue actualizando dicho plan conforme se disponía de más información (Cañón, Rathe y Giedion, 2014).

Este primer proceso de priorización de los servicios de salud a ser incluidos en el PBS se realizó con una metodología básica, pero se caracterizó por ser transparente en su construcción (se publicaron todos los resultados disponibles) e involucró a muchos actores en torno a dicho ejercicio. Sin embargo, este esfuerzo no fue suficiente para que entrara en vigencia el SFS en el régimen contributivo, pues el mismo PBS era objetado por los principales actores del SFS, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) privadas y clínicas privadas (Cañón, Rathe y Giedion, 2014). Es así como en diciembre de 2006, impulsado por el gobierno, se llega a un consenso fuera del CNSS que resultó en un PBS que se denominaría PDSS (Plan de Servicios de Salud), el cual prescribe un catálogo detallado de servicios, copagos y techos de coberturas para algunos servicios y un aumento de la cápita o tarifa para la afiliación al régimen contributivo. Estas decisiones fueron facilitadas por una modificación de la ley 87-01 en el año 2007 (ley 188-07).

El nuevo PDSS (año 2007 y aprobado el 19 de diciembre de 2006) resultado de dicho proceso fue definido como muy opaco y se caracterizó por “la ausencia de una metodología explícita, públicamente conocida y aceptada por las partes” (Cañón, Rathe y Giedion, 2014). Adicionalmente, la inclusión de copagos y techos o topes para enfermedades de alto costo constituyeron obstáculos para el acceso a los servicios y la protección financiera de los hogares, contradiciendo los objetivos del SFS.

En los años subsiguientes, el PDSS fue sometido a varias modificaciones que, en una primera etapa, aumentaron los topes para el tratamiento de enfermedades de alto costo y luego se enfocaron a la actualización de las tarifas con algunos cambios de tipo cosméticos (Cercone, J., 2016). Esta situación fue generando creciente niveles de insatisfacción en la población afiliada, lo que fue aprovechado por las propias ARS para posicionar los planes complementarios al PDSS, aumentando así el gasto de los bolsillos de los hogares o las empresas. Preocupado por la situación, el CNSS instruyó a la SISALRIL, mediante la resolución 297-02 del 19 de julio de 2012, para que realizara una revisión profunda del Catálogo de Prestaciones del PDSS. La resolución le otorgaba 2 meses para

presentar la propuesta y solicitaba que se enfocara en dar respuesta a las necesidades de salud de la población tomando en cuenta las posibilidades financieras del sistema. La SISALRIL presentó una propuesta en julio de 2013, en la que ampliaba el catálogo e incluía un aumento de la tarifa per cápita. Sin embargo, esta propuesta fue fuertemente criticada por expertos del área, pues la propuesta arrastraba las debilidades antes expuestas, además que fragmentaba aún más las coberturas (Lizardo, J., 2013; Sanigest, 2015).

En vista del nivel de cuestionamiento de la propuesta sometida por la SISALRIL, la Comisión Técnica Permanente de Salud del CNSS decidió empujar un proceso de revisión profunda del PDSS. Es así que es conformada la Comisión Técnica Institucional, en la que se incorporan nuevos actores y técnicos, y se solicita el acompañamiento de la OPS. Como resultado, la CTI avanzó en la definición de una nueva metodología para la priorización de las coberturas explícitas en salud basadas en un nuevo PDSS. Esta nueva metodología fue consensuada entre los diferentes actores y se solicitó la contratación de una empresa consultora externa para presentar un nuevo PDSS. En enero 2015 comienzan los trabajos de Sinagest, la empresa consultora contratada (Sanigest, 2015). En este nuevo proceso, la SISALRIL no participó en sus inicios, pero luego se incorporó como un actor más dentro de la CTI. La empresa Sinagest entregó su producto luego de un amplio y transparente proceso de participación y de sólida definición y aplicación de metodologías usadas a nivel internacional, en las que se priorizaron los servicios de salud a ser contenidos en el nuevo PDSS. Dicha propuesta introdujo las llamadas Coberturas Integrales de Salud (CIGES), definidas como coberturas priorizadas dentro del nuevo PDSS, sin copago, atadas al cumplimiento de guías clínicas y protocolos de atención, con contenido de carácter integral (Cercone, J, 2016).

Si bien es cierto que este último intento de revisión profunda del PDSS se hizo en el marco de una amplia participación y sólida metodología de trabajo para la priorización, así como que se enfocó en los principales problemas priorizados de salud del país, la nueva propuesta resultante se quedó sobre la mesa porque faltaron muchos elementos que consensuar y ajustar, como, por ejemplo, el nivel de financiamiento de la misma.

Obviando la propuesta presentada por Sinagist, el CNSS aprobó en octubre de 2015 la resolución 375-02, en la que ajustó la tarifa per cápita del PDSS del régimen contributivo por inflación y amplió la cobertura enfocada en el aumento del tope de medicamentos ambulatorios. Adicionalmente, se incluyó a los recién nacidos en el tope para enfermedades

de alto costo (que antes no lo estaban) y se introdujo el concepto de la atención integral como todo lo medicamento necesario para los grupos del PDSS de cirugía (7) y de alto costo (9). En la práctica, la resolución 375-02 aumentó la cobertura prácticamente de manera ilimitada en dichos grupos, sujetos a los protocolos de atención que no están todavía disponibles en el país. Como producto, muy pocas ARS cumplieron a carta cabal con dicho concepto de integralidad introducido por la resolución 375-02. En Octubre de 2017, el CNSS aprobó una resolución que eliminó la integralidad al establecer que la misma “comprende todo servicio (prevención, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, rehabilitación, medicamentos, materiales, insumos, aparatos y dispositivos) que, incluidos en el Catálogo de Prestaciones del PDSS/PBS vigente, resulten necesarios para garantizar al afiliado el adecuado y completo cumplimiento de las atenciones” (Resolución 431-02, CNSS del 19 de Octubre de 2017). Esta resolución actualizó el PDSS al agregar 27 medicamentos oncológicos, 7 medicamentos para diálisis y trasplante renal y 44 nuevos procedimientos.

Analizando el PBS 15 años después, hay que destacar que el proceso de construcción y definición de su contenido ha estado permanente en el tapete, con altas y bajas, y que en el mismo ha predominado la falta de transparencia, de participación, de una metodología robusta y de una clara y dispersa institucionalidad. Si bien es cierto que la SISALRIL es quien propone la actualización y el costo del PBS, ha sido tradicional la ausencia permanente de un rol más activo del Ministerio de Salud. Tampoco existen canales institucionales, más allá de los propuestos temporalmente o los existentes en el CNSS, para permitir la participación amplia de actores importantes en el proceso de priorización, como los mismos usuarios. No existe un ente evaluador de las nuevas tecnologías sanitarias ni hay —está totalmente ausente— disponibilidad de información sobre las coberturas entregadas y su vinculación con los resultados de salud (Cañón, Rathe y Giedion, 2014). En conclusión, la definición del PBS en el Seguro Familiar de Salud en la República Dominicana ha carecido de elementos de credibilidad, lo que ha afectado su desempeño e impacto en la protección financiera de la población que más lo necesita.

Conclusiones y recomendaciones

Existe una amplia y creciente aceptación tanto a nivel internacional como local de que la definición de coberturas explícitas como mecanismo de priorización de los servicios de salud de los países puede ser justa y equitativa y que puede conducir hacia el camino de la cobertura universal de salud. Cada vez más países de la región de América Latina y

el Caribe incluyen este mecanismo en sus respectivos planes públicos de salud. Sin embargo, en el caso dominicano, el PDSS adolece de fallas importantes que ameritan ser corregidas.

La primera es que no ha estado claro cómo se han priorizado los servicios de salud que están contenidos en el PDSS. No se conocen los estudios recientes sobre costo-efectividad de los servicios incluidos en el PDSS versus los que no están incluidos, ni tampoco se tiene un diagnóstico sobre los servicios de salud que podrían beneficiar al segmento de la población que se encuentra en peor situación de salud. Lo segundo es que existen barreras de acceso con los copagos y techos establecidos para servicios de salud de alta prioridad. Estos copagos se introdujeron de manera temporal para el inicio del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud, a pesar de que la ley 87-01 establece que el único servicio que tendría copago es el de medicamentos ambulatorios. Tercero, no existe un mecanismo e instituciones robustas de carácter permanente que promuevan la rendición de cuentas, la participación social, la transparencia y un buen sistema de información para el monitoreo del impacto del PDSS en las condiciones de salud de la población.

Un buen sistema de priorización en salud basado en paquetes explícitos debe descansar en el buen funcionamiento de las instituciones que intervengan en él. Desde su construcción hasta su funcionamiento pleno.

Es importante señalar que la salud es un bien público; y, como tal, el PDSS debe construirse sobre la base de la continuidad de las políticas públicas de salud de carácter colectivo. Actuar desde el ámbito de los servicios colectivos de salud tiene un impacto positivo en los planes de coberturas explícitos. Este tipo de intervención disminuye los gastos asociados a los efectos directos en la salud (ejemplo, medidas antibacano se traducen en menores diagnósticos relacionados con el cáncer de pulmón o enfermedades cardiovasculares; medidas de seguridad vial reducen los traumatismos por accidentes de tránsito) y, por lo tanto, libera recursos para cubrir otras enfermedades según la carga de enfermedad¹. Por lo tanto, el PDSS no debe existir como ente aislado de las políticas públicas de salud, sino que debe estar construido de forma tal que genere sinergias con aquellas acciones de carácter colectivo a cargo del Ministerio de Salud Pública. En el ámbito del PDSS es importante hacer notar experiencias exitosas de esa

1 República Dominicana es uno de los países de la región de América Latina y el Caribe en donde más prevalecen los accidentes de tránsito (WHO, 2015). La tasa de accidentes por 100,000 personas fue estimada en 29.3, y el número de muertes totales fue estimado en 3.052 para el año 2012. El costo total se estimó en 2.2% del PIB, un porcentaje mayor a lo que destina el gobierno central al sector salud, excluyendo las cotizaciones en la seguridad social.

simbiosis entre lo colectivo y lo individual en el marco del Seguro Familiar de Salud. Fue esta la experiencia del zika en relación con las demandas de medicamentos de inmunoglobulina para el tratamiento de la enfermedad. A través de las compras conjuntas de medicinas en el marco del Consejo de Ministros de Centroamérica, el país adquiere la inmunoglobulina a bajo precio, medicamento que es pagado por el Seguro Familiar de Salud a través de cada una de las Administradoras de Riesgos de Salud que reporta afiliados con la enfermedad.

La inclusión de servicios de salud priorizados no es garantía de que la población efectivamente reciba la atención con la calidad y el impacto requerido en su bienestar. Se hace difícil tener el impacto deseado si prevalece la ausencia de la atención primaria y de un sistema que organice las redes de atención según niveles de complejidad y que organice la ruta de atención de la población afiliada conforme a las coberturas establecidas en el PDSS. Se necesita la aplicación correcta de los protocolos de atención y las guías de prácticas clínicas, las cuales deben estar disponibles y reglamentadas por el órgano rector nacional, en este caso el Ministerio de Salud Pública.

Avanzar hacia un mecanismo de priorización de los servicios de salud requiere tres aspectos centrales de que carece el PDSS en el país y que se proponen como recomendaciones en el presente trabajo.

Primero, la necesidad de creación de una comisión permanente de priorización de servicios de salud como organismo *ad hoc* del Ministerio de Salud Pública. Este organismo debe caracterizarse por la incorporación de técnicos de alto nivel que no tengan relación con los grupos de interés en el sector salud. Que estén blindados no solo por su solvencia técnica, sino ética y moral. Estos técnicos deben estar acompañados de “bioeticistas” y deben propiciar la rendición de cuentas, la transparencia y la participación social en el marco de procesos deliberativos plurales y democráticos. Esta comisión tendrá como norte la priorización de los servicios de salud, no solo utilizando metodologías estándar para establecer el costo-efectividad de los servicios de salud, sino también identificando los servicios que benefician a las personas que se encuentran en peor situación de salud. Este ejercicio es permanente y debe quedar institucionalizado mediante normativa que sea adoptada por el Sistema Dominicano de Seguridad Social (un decreto del poder ejecutivo). Esto va a permitir los reajustes permanentes asociados al cierre de brechas de equidad, en torno a las coberturas de la población, así como a las coberturas de servicios basados en la carga de enfermedad del país, la cual va cambiando constantemente. Esta comisión permanente *ad hoc*

requiere a su vez de un rol activo y modulador del Ministerio de Salud Público, basado en las prioridades que este identifique. El punto central es ir creando una institucionalidad fuerte y permanente, que sea transparente y participativa y que no se deje penetrar por la corrupción y la captura de los grupos de intereses.

Segundo, se debe retomar la propuesta de la firma consultora contratada por el CNSS para presentar un nuevo PDSS e identificar aquellas coberturas integrales de salud prioritarias y que no estén sujetas a copagos ni a techos financieros de cobertura de ninguna índole. Esta acción derribará una barrera de acceso importante para la población más vulnerable y pobre. El copago como mecanismo de moderación de la demanda solo funciona en un sistema de salud que no esté funcionando de manera integral con una puerta de entrada, sistemas electrónicos de gestión clínica, y de referencia y contrarreferencia.

Tercero, se hace necesario un buen sistema de información para el apropiado monitoreo del plan de beneficios, en este caso el PDSS. Este sistema debe recoger los datos siguientes y hacerlos disponibles:

- a) Satisfacción de los usuarios y los diferentes entes que participan en el SFS.
- b) Evaluación de impacto en los resultados de salud
- c) Gasto de bolsillo de los afiliados en el marco del PDSS
- d) Grado de protección a los más vulnerables a través de las coberturas de afiliación como de los servicios de salud
- e) Evaluación permanente de que no se estén violando los principios de equidad
- f) Cumplimiento de la regulación
- g) Frecuencia de uso de los servicios de salud y su comportamiento del tiempo
- h) Introducción de nuevas tecnologías sanitarias

Este sistema de información podría estar a cargo de la SISALRIL, en un rol compartido con la DIDA y el CNSS. Esta información debería estar permanentemente actualizada y disponible para todos los actores involucrados en el camino de la cobertura universal de salud.

Por último, el CNSS, como ente rector y gobierno corporativo del SDSS, debe incorporar un grupo de asesores externos con representación mul-

tidisciplinaria que se enfoque en hacer análisis sobre los avances del SFS en la equidad y la justicia social en el país.

Referencias bibliográficas

Banco Interamericano de Desarrollo (2016). Listas de Espera: Un mecanismo de priorización del gasto en salud. Serie de políticas y métodos basados en presentaciones a expertos. Elaborado por CRITERIA, red de conocimiento sobre priorización y planes de beneficios en salud del Banco Interamericano de Desarrollo. No. 15. Washington DC.

Cañón, Olga; Rathe, Magdalena y Giedion, Ursula (2014). *Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana*. Nota Técnica # IDB-TN-683. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Washington, D.C.

Cercone, J (2016). Transcripción Webinar: Ajuste de un Plan de Beneficios Explícitos: La experiencia de República Dominicana. Red Critería. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Recuperado de <http://www.redcriteria.org/publication2/transcripcion-ajuste-de-un-plan-de-beneficios-explicito-la-experiencia-de-republica-dominicana/>

Consejo Nacional de Seguridad Social (2015). Antecedentes: Proceso de Revisión del Catálogo del PDSS. Resolución CNSS No. 297-02. Comisión Permanente de Salud. Documento interno. Santo Domingo.

Consejo Nacional de Seguridad Social (2017). Boletín Estadístico Diciembre 2017. Santo Domingo.

Giedion, U., Muñoz, A. L., y Avila, A. (2012). *Introducción a la Serie de Priorización en Salud. Series de Notas Técnicas sobre procesos de priorización de salud*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Washington, D.C.

Giedion, U., Bitrán, R. y Tristao, I. (Eds.). (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Washington, D.C.

Hooft, L. (Ed.) (2012). *Diálogos y Contrapuntos Bioéticos. 18 Prestigiosos bioeticistas de Iberoamérica y Estados Unidos debaten sobre temas clave de la actualidad*. Buenos Aires : Editorial Biblos.

Lizardo, Jefrey (2013). Comentarios propuesta de SISALRIL para la ampliación del PDSS. Presentación realizada para el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD). Julio 2013. Santo Domingo.

Lizardo, Jeffrey (2018). Financiamiento de la salud en la República Dominicana: desafíos para la cobertura universal. Presentación en el Panel “Desafíos para ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades, en la República Dominicana”. Organizado por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 6 de abril de 2018. Santo Domingo.

MEPyD, DIGECCOM, UNFPA (2017). Análisis de la Situación Poblacional de República Dominicana. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Dirección General de Cooperación Multilateral. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Santo Domingo.

Ministerio de Salud Pública (2017). *Compendio Estadístico de Cuentas Nacionales de Salud 2004-2015*. Santo Domingo.

Organización Panamericana de la Salud (2015). *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud*. Washington, D.C.

Roberts, M. J., et ál. (2002). *Getting Health Reform Right*. Oxford: Oxford University Press.

Sanigest Internacional (2015). *Taller para la definición de una estructura del marco de referencia del PDSS y la identificación y definición de criterios de priorización*. Documento interno. Santo Domingo.

Thompson, J. (Ed). *Los principios de ética biomédica*. CCAP, Año 5, Módulo 4. Sociedad Colombiana de Pediatría. Colombia. Recuperado de http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf

Zúñiga, F., A. (2011). Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos. *Acta Bioethica*, 17(1): 73-84.

World Health Organization (2015). *Global Status Report on Road Safety 2015*. Ginebra.

**MEDIOS DE
COMUNICACION SOCIAL**

estudios sociales

**SOCIEDAD, CULTURA Y
MEDIOS DE COMUNICACIÓN
EN REPUBLICA DOMINICANA.
TELEVISION POR CABLE**

CARICATURA POLÍTICA

**ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE
PERIODISMO O DE PERIODISTAS.
PERIODISMO Y MODELO
UNIVERSITARIO**

**INVESTIGACIÓN SOBRE LA
COMUNICACION**

**ASALARIADOS DE LA
COMUNICACION**

ÉTICA DE LA COMUNICACIÓN

72